intercommunalités

Juin 2011 • n° 157 | mensuel édité par l'AdCF - www.adcf.org | 5,50 €

© HERRENECK - FRANCK THOMASSE - FOTOLIA.COM

DOSSIER

Santé et territoires : quel remède aux inégalités ?

Dans l'actu p.2

Délégations des aides à la pierre : bilan positif pour la Cour des comptes

Le PNRU 2 aura bien lieu

Groupe Apparu : « toute une série de petits matins… »

Des simulations pour la péréquation!

Objectifs quasi atteints pour la réalisation des CPER à mi-parcours

Des voies pour mieux maîtriser la dette locale

Développement économique p.4

Pour des solutions logistiques de proximité

Toujours plus de camions sur les routes : une fatalité ?

Dossier p.7

Les diagnostics convergent, les remèdes divergent : place à l'expérimentation ?

Interview de Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la Santé

L'élu, la santé, le territoire… deux ans après la loi HPST

L'incitation au cœur des politiques publiques

Interview de Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne

Interview d'André Rossinot, président du Grand Nancy

Agences régionales de santé : les élus s'y retrouvent-ils ?

Maisons de santé : quel accompagnement de l'État ?

Plateau de Millevaches : un réseau de santé pour répondre à la dispersion des habitants

Territoires p.17

Les villes et la question alimentaire

Les territoires face au risque inondation : la résilience n'est pas secondaire

Droit p.21

Mutualisation des services : enfin la sérénité?

Vie de l'AdCF p.22

8e journée des présidents d'agglos : à la recherche d'une nouvelle gouvernance urbaine

L'actualité de l'association en bref et son agenda

© AdCF

éditorial

Daniel Delaveau, président de l'AdCF

En l'espace de quelques années, la santé s'est hissée au premier rang de nos préoccupations territoriales. Les fermetures d'hôpitaux, les réorganisations des réseaux de soins, la contraction de notre démographie médicale y sont bien sûr pour une bonne part. Mais pas uniquement. Les attentes accrues des patients, la demande d'accès universel aux technologies de pointe, la part structurellement croissante de la santé dans nos consommations collectives se sont combinées avec les évolutions de notre société pour transformer aussi bien les besoins que les réponses collectives. L'offre sanitaire est devenue l'un des déterminants de l'attractivité territoriale et c'est de manière très légitime que les élus locaux se sont emparés du sujet. Depuis longtemps déjà l'hôpital constitue le premier employeur de nombreux bassins de vie, ne pouvant laisser indifférent sur son devenir. Et loin d'être conçu comme un isolat, il constitue un point d'adossement pour de nombreux professionnels qui constituent un véritable écosystème sanitaire. Par leur connaissance des populations, leur contribution potentielle à des politiques actives et ciblées de prévention, le soutien matériel et moral qu'ils peuvent apporter aux acteurs, les élus doivent être intégralement parties prenantes des politiques sanitaires et de leur ancrage territorial.

« Pour une authentique coproduction de la politique de santé »

L'ambition de créer de véritables communautés hospitalières de territoires, fédérant autour d'elles l'ensemble de la communauté médicale et para-médicale était l'une des belles ambitions de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires inspirée par le rapport Larcher qui, souvenons-nous, s'était directement inspiré de l'intercommunalité. Quelques mois plus tard, le temps nous a semblé venu de revenir sur ses conditions actuelles de mise en œuvre. Si la « territorialisation » des politiques de santé est en marche, chacun constate néanmoins qu'elle avance en claudiquant, parvenant mal à se déprendre de décennies de pilotage technocratique. Les représentants des collectivités au sein des conférences régionales de santé ne cachent pas leur malaise actuel et, parfois, leur sentiment de jouer le rôle de spectateurs. N'est-ce lié qu'à la phase d'ajustement et d'apprentissage que suscite toute réforme d'ampleur ? Osons l'espérer. Car s'il n'est guère imaginable de décentraliser notre système national de santé, et notamment la prise en charge de son financement, nous aurions néanmoins beaucoup à gagner d'une authentique co-production de la politique de santé publique entre Etat et acteurs locaux.

Délégations des aides à la pierre : bilan positif pour la Cour des comptes

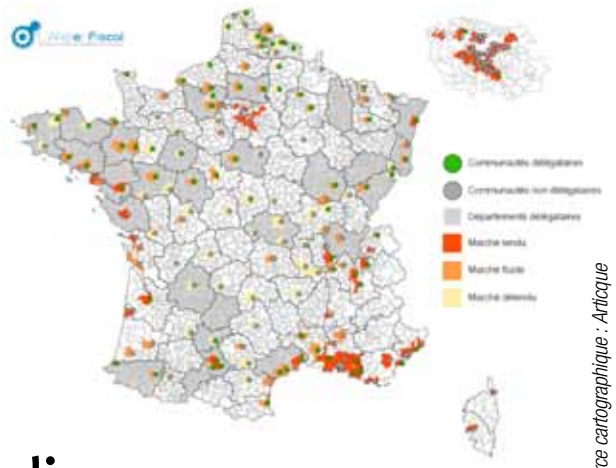
Le rapport thématique de la Cour des comptes sur « Les aides à la pierre : l'expérience des délégations de l'État aux intercommunalités et aux départements », rendu public le 30 mai, dresse un bilan positif de cette expérimentation permise par la loi Responsabilités et libertés locales du 13 août 2004. Les conclusions de cette évaluation soulignent l'engagement volontariste des intercommunalités délégataires en matière d'aides à la pierre.

Dans un contexte de profonde crise du logement, les 81 communautés et les 27 départements délégataires (représentant près de la moitié de la population française) *« ont mis en place de meilleurs outils de suivi des constructions et de consommation de crédits (…) »*, observe la Cour, et sont parvenus, dans l'ensemble, à atteindre les objectifs de production, pourtant ambitieux, définis dans les conventions signées avec l'État au lendemain de la loi de programmation sur la cohésion sociale de 2005. *« La mise en œuvre de la délégation des aides à la pierre a concrétisé les espoirs qui avaient été placés en elle »*, estiment les rapporteurs.

Parmi les évolutions nécessaires pour en conforter l'élan, la Cour suggère : le renforcement des compétences des intercommunalités dans le champ de l'urbanisme, la sécurisation financière des engagements contractuels de l'État, l'amélioration nécessaire des relations délégataires/Anah sur le champ du parc privé… Ces préconisations rejoignent en tous points les analyses de l'AdCF présentées devant les magistrats financiers lors de son audition, le 14 septembre dernier. Plus réservé, le sénateur Dallier estime, dans son rapport sur les aides à la pierre présenté le 1er juin à la commission des finances, que *« les éléments statistiques disponibles ne permettent pas d'affirmer que les crédits d'aides à la pierre sont mieux gérés dans les territoires en délégation que dans ceux gérés par l'État »*. Compte tenu du *« contexte budgétaire tendu »* et *« face aux incertitudes liées à la réforme de l'organisation territoriales et à la révision de la carte de l'intercommunalité »*, le parlementaire *francilien* serait même *« défavorable, dans les circonstances actuelles, à un passage de la délégation au transfert définitif de compétence de l'État vers les collectivités territoriales »*.

NP et VL

Collectivités délégataires et niveau de tension des marchés



Source cartographique : Articque

Le PNRU 2 aura bien lieu

Maurice Leroy a officialisé la préparation d'une deuxième phase du programme national de rénovation urbaine (PNRU 2) en installant, le 26 mai, une mission d'étude, conjointement avec Nathalie Kosciusko-Morizet, ministre de l'Écologie, Claude Guéant, ministre de l'Intérieur, François Baroin, ministre du Budget, et Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du Logement. Cette première étape de « réflexion préparatoire », assurée par les services des ministères (conseil général de l'environnement et du développement durable, Inspection générale de l'Administration, Inspection générale des Finances et Inspection générale des Affaires sociales) s'achèvera en septembre 2011.

Un séminaire national se tiendra dans la foulée, début octobre, qui *« associera les élus locaux et les parlementaires concernés avant de finaliser mes propositions »*, s'est engagé le ministre de la Ville.

Groupe Apparu : *« toute une série de petits matins… »*

« Ce n'est pas le grand soir de l'urbanisme, mais toute une série de petits matins pour simplifier la vie des Français », a commenté Benoist Apparu, le 27 mai, à l'issue du séminaire de clôture du grand chantier « Pour un urbanisme de projet » qu'il avait lancé il y a un an. Les principales mesures peuvent être regroupées en quatre grands domaines : la planification et la maîtrise foncière (mesures visant à la libération et au recyclage foncier, réforme du DPU…), le projet d'aménagement d'initiative publique ou privée (concertation, priorité à la logique de projet…), l'autorisation d'urbanisme (stabiliser les recours contentieux, rationaliser les procédures d'adaptation des PLU…) et, enfin, la fiscalité et le financement (incitation à la densité, simplification de la stratégie fiscale…)

VL

> L'AdCF a publié, en juin, une note d'analyse de l'urbanisme de projet tel qu'il ressort des groupes Apparu. Intercommunalités *consacrera pour sa part, dans sa prochaine édition, un article sur le sujet.*

Des simulations pour la péréquation !

© DR

En vue de la prochaine réunion du Comité des finances locales (CFL), prévue fin juin, les sept associations du « bloc local » demandent des simulations pour pouvoir prolonger leurs travaux sur la péréquation et affiner leurs propositions. Les associations de maires (AMF, AMGVF, FMVM, APVF, AMRF) et de communautés (AdCF, ACUF), l'ont annoncé officiellement, le 25 mai, à la presse, à l'issue d'une réunion de leur comité stratégique *ad hoc*.

Pour l'heure, le comité s'est mis d'accord sur les grands principes : un fonds national unique, articulé avec le fonds de solidarité de la région Ile-de-France (FSRIF) ; un prélèvement à la fois sur les communes et les communautés, établi à partir d'un panier de ressources large comportant l'ensemble des recettes non affectées et non tarifaires ; un niveau de richesse apprécié au niveau des territoires communautaires ; un reversement aux communautés, premier outil de péréquation au service des communes, en fonction de critères de ressources et de charges, prenant en compte notamment les revenus par habitant et l'effort fiscal.

Dans l'esprit du comité stratégique inter-associations, les communautés auront à répartir une part du reversement à leurs communes membres, en fonction de règles fixées localement à la majorité qualifiée (comprenant l'accord de la commune la plus peuplée si elle représente plus du quart de la population totale) ou, à défaut, en fonction de règles fixées par la loi, prenant en compte notamment le niveau d'intégration. **VL**

Objectifs quasi atteints pour la réalisation des CPER à mi-parcours

Bruno Lemaire a indiqué, lors du conseil des ministres du 18 mai, que 51 % des crédits d'État prévus pour les contrats de projets État-Région (CPER) 2007-2013 ont été programmés. L'objectif théorique à atteindre à mi-parcours étant de 57 %, le gouvernement estime que les orientations et les grands projets retenus initialement dans les contrats restent *« adaptés au nouveau contexte économique »*. À noter que le plan de relance a très certainement contribué à la bonne tenue des engagements financiers de l'État dans le cadre des CPER.

Le contexte contraint des finances publiques et l'encadrement drastique des dépenses de l'État pour les trois prochaines années conduiront très certainement les régions à redoubler d'attention sur le rythme de programmation des crédits d'État sur les années 2011 à 2013.

La présentation par grand secteur fait apparaître une enveloppe prédominante pour les transports ; l'État leur ayant consacrés 1,8 milliard d'euros sur les 3,2 milliards prévus. Cette première place ne devrait pas être remise en cause. Des instructions ont été données dans ce domaine pour accompagner les besoins sur les appels à projets « Transports collectifs en site propre ».

© DR

Une enveloppe État de près de 1,1 milliard d'euros est programmée pour l'enseignement supérieur pour des projets variés rejoignant souvent les priorités du plan Campus (sites universitaires de La Victoire à Bordeaux, Robert Schumann à Aix-en-Provence, École nationale supérieure de chimie de Mulhouse…) **CB**

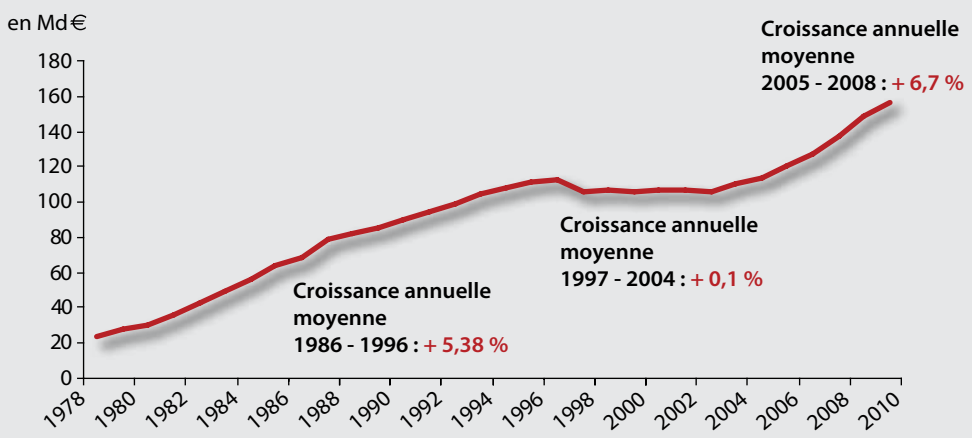
© UNIVERSITÉ DE BORDEAUX/ CEPEY

Des voies pour mieux maîtriser la dette locale

Créée en 2009, à l'initiative de l'ACUF, l'AMF et l'AMGVF, en liaison avec d'autres associations nationales de collectivités (dont l'AdCF), l'Association d'étude pour l'Agence de financement des collectivités locales entre dans sa phase opérationnelle. Son conseil d'administration a sélectionné, le 29 mars, le groupement d'experts qui l'accompagnera vers la création de la future agence. Il s'agit du groupement composé de Natixis (mandataire), HSBC (cotraitant), Willkie Farr & Gallagher LLP (cotraitant), Ernst & Young (cotraitant) et MA Productions AB (cotraitant).

Par ailleurs, les députés ont voté, le 8 juin, en faveur de la proposition de résolution « tendant à la création d'une commission d'enquête relative aux emprunts et produits structurés contractés auprès des établissements bancaires par les collectivités territoriales, leurs groupements, les établissements publics locaux, entreprises publiques locales et autres acteurs publics locaux », déposée le 5 mai par Claude Bartolone. Cette commission d'enquête aurait notamment pour missions d'évaluer l'encours global des produits financiers à risque, son coût prévisionnel, les risques de dégradation supplémentaire, et son impact sur les comptes publics. Elle proposerait également des mesures législatives et réglementaires s'appliquant aux banques et aux acteurs publics locaux et étudierait la possibilité de créer *« une structure de sortie des contrats qui mettent aujourd'hui en danger les comptes des acteurs publics locaux »*. **CD et VL**

Dette des administrations publiques locales



Sources : Données Insee, citées dans la note « Trois propositions pour une meilleure gestion de la dette locale », rédigée par Jean-Luc Boeuf et Éric Dussoubs, Institut Montaigne, mars 2011.

Pour des solutions logistiques de proximité

Face au déclin structurel du fret ferroviaire français, les opérateurs ferroviaires de proximité (OFP) proposent des services de transport dans des territoires de trafic peu dense et dans les ports. Un enjeu qui concerne au premier chef les communautés, compétentes dans le domaine de l'aménagement des zones d'activités économiques.

« *Des entrepreneurs locaux ont osé créer des PME ferroviaires, territoriales, indépendantes, et font circuler des trains !* », ironise Jacques Chauvineau, président d'Objectif OFP, auteur d'un rapport de mission sur la mise en place de ces opérateurs ferroviaires de proximité[1]. De petite taille, les OFP ont vocation à faire circuler des lots de wagons ou des trains massifiés, jusqu'à (ou à partir d') un point d'échange avec un opérateur ferroviaire longue distance. Ils peuvent également assurer la gestion locale de l'infrastructure ferroviaire (entretien et maintenance des lignes et gestion des circulations) dans un cadre adapté aux réalités, avec un abaissement des coûts et une logistique locale.

Alors que, dans certains pays, notamment l'Allemagne, ils drainent jusqu'à 25 % du tonnage transporté, en France, la poussée est encore timide. Pyrénées-Orientales, Morvan, Auvergne, La Rochelle sont les quatre premiers territoires à avoir initié un OFP en 2010 ; plusieurs autres devraient être créés avant la fin 2011. Un plan d'investissements de 16 millions d'euros par an, qui s'étend jusqu'à 2020, devrait encourager les vocations.

© LEGABATCH - FOTOLIA.COM

Pour Jacques Chauvineau, les OFP sont des *« laboratoires de la décentralisation ferroviaire »*.

© BLEND IMAGES - FOTOLIA.COM

La logistique et le transport de marchandises participent au fonctionnement économique des territoires.

Financé à parité par RFF et l'État, son objet est de rénover les lignes à potentiel du réseau secondaire dédiées au fret, premières lignes concernées par la circulation d'OFP.

« Ces laboratoires de décentralisation ferroviaire ouvrent des perspectives nouvelles au fret », estime Jacques Chavineau. *« Ils abaissent ses coûts terminaux, lui apportent, au niveau local, l'adaptabilité et la présence commerciale qui lui font défaut. Ils amorcent une logistique territoriale de mutualisation des envois, créant un jeu gagnant/gagnant entre chargeurs. Ils ont ouvert la possibilité de nouvelles modalités d'entretien des infrastructures capillaires et des installations terminales. »*

Intérêt des collectivités

D'autres, comme la CGPME ou l'ACFCI, défendent une approche conciliant développement économique et aménagement du territoire dans laquelle les acteurs publics garantiraient la desserte ferroviaire terminale des zones d'activités. *« La desserte ferroviaire terminale des zones d'activités suppose un intérêt de la part des collectivités territoriales pour préserver l'accessibilité ferroviaire de leur territoire et des sites potentiellement clients du transport ferroviaire »*, souligne Christophe Hausberg, chargé des transports à l'ACFCI. Une démarche qui implique du volontarisme, compte tenu que bon nombre d'installations terminales embranchées (ITE) ont été « délaissées » par le passé.

La démarche repose également sur des montages financiers public-privé complexes, avec la question toujours en suspens de savoir si ces équipements sont de simples embranchements privés ou les maillons d'une desserte ferroviaire d'intérêt public. En tout état de cause, les communautés détenant la compétence aménagement des zones d'activités économiques sont légitimes pour conserver ou réactiver une fonction fret sur ces espaces productifs.

Pour les OFP exploitants, outre l'accès au réseau ferré (pour lequel RFF est l'interlocuteur), se pose la question de l'accès aux installations permettant la composition des trains et le garage des matériels. *« Si le propriétaire est public (une collectivité par ex.), la gestion peut être déléguée après mise en concurrence à un opérateur, qu'il soit OFP ou autre »*, explique Christophe Hausberg.

Le Syndicat mixte de la Plaine de l'Ain a ainsi, en 2010, procédé à l'attribution d'une délégation de service public pour l'entretien, la maintenance et l'exploitation des installations ferroviaires de la zone d'activité de la Plaine de l'Ain. L'opérateur choisi réalisera les trafics de desserte des chargeurs implantés sur la zone et la gare principale de fret où arriveront et partiront des trains entiers (tractés par les entreprises ferroviaires nationales, choisies par les chargeurs, qui n'ont à gérer qu'un contrat de prestations).

Les solutions logistiques de proximité les plus crédibles pourraient venir des incidences de la réforme portuaire de 2007-2008. Avant même la transformation des ports autonomes en « grands ports maritimes » (nouveau statut qui renforce le poids des collectivités locales dans les instances de gouvernance portuaire), un décret de 2007[2] avait déjà confié aux autorités portuaires la gestion de la circulation ferroviaire sur les voies ferrées portuaires, faisant des ports des opérateurs de proximité avant la lettre.

Olivier Crépin

1. Transport ferroviaire de fret et développement territorial, Rapport de mission confiée par le ministre des Transports, de l'équipement, du tourisme et de la mer, septembre 2006.

2. Décret n°2007-1867 du 26 décembre 2007, relatif aux voies ferrées portuaires, modifiant le code des ports maritimes.

Une alternative au « tout route » en Pays Saint-Pourcinois

La communauté de communes du Pays Saint-Pourcinois (Allier), met à disposition du nouvel opérateur ferroviaire de proximité Ferovergne, créé en février 2010, une installation terminale embranchée sur son parc logistique des Écherolles restructurée entre 2001 et 2004. Le site de 55 hectares est équipé de 7 km de voies ferrées avec embranchement particulier sur voie SNCF et il comprend 12 km de voiries internes. C'est désormais une plateforme rail-route accueillant des activités industrielles, artisanales, commerciales et de services. Montant de l'investissement pour la communauté de communes : 1,6 million d'euros (HT).

Après deux années d'études de faisabilité, la Chambre régionale de commerce et d'industrie, les transporteurs et les chargeurs auvergnats se sont associés au sein d'une SAS dont ils détiennent plus des 2/3 du capital (15 % pour SNCF Géodis).

Grâce à cette plateforme logistique, l'OFP d'Auvergne propose à ses clients, depuis le mois d'avril 2010, une alternative au *« tout route »*, les transporteurs routiers impliqués totalisant 2 000 camions, soit près du tiers de la flotte régionale. Cette nouvelle organisation logistique devrait permettre de réactiver une partie des trafics arrêtés par la SNCF, soit deux millions de tonnes par an.

OC

Port de la Rochelle : fournisseur de solution ferroviaire pour l'hinterland rochelais

Depuis la circulation de son premier train, le 8 octobre 2010, l'OFP « La Rochelle -Maritime Rail Services » a contractualisé avec deux clients majeurs du grand port maritime. Le premier est le groupe Picoty (stations-service Avia dans la moitié ouest de la France notamment), dont les trains de carburant alimentent des dépôts du groupe situés dans l'hinterland du port. Le second est le manutentionnaire Cogemar La Rochelle (Bolloré Logistique Portuaire, ex SDV Opérations Portuaires Europe) qui assure le trafic reliant La Rochelle et la région lyonnaise, pour le compte de l'industrie papetière. D'autres acteurs de la place portuaire rochelaise auraient également engagé des discussions avec l'OFP.

Le Grand Port Maritime propose plus de services notamment pour le marché des céréales, secteur pour lequel le mode ferroviaire apporte une réponse pertinente. Ce marché représente près d'un tiers des 8,4 millions de tonnes de marchandises réalisés qui transitent par le port. L'OFP a été créé pour maîtriser le développement du complexe portuaire et pour accélérer le report modal.
Port Atlantique La Rochelle a annoncé en février dernier avoir accru de 38 %, en trois ans, les marchandises transportées par le rail pour la desserte de ses infrastructures portuaires. Il se positionne en tant que fournisseur de solutions ferroviaires de bout en bout, au sein de l'hinterland rochelais, mais également en dehors, là où les besoins des clients l'emmèneront. L'entreprise, de type SAS (Société par Actions Simplifiée), est codétenue par le Grand Port Maritime (75,1 %) et par l'opérateur Euro Cargo Rail (24,9 %), filiale de DB Schenker.

© THIERRY RAMBAUD – PORT ATLANTIQUE LA ROCHELLE

Toujours plus de camions sur les routes : une fatalité ?

Avec la réorganisation de l'opérateur historique et son désengagement du wagon isolé, le fret ferroviaire a vu sa part modale reculer de 14 % à 10 %, entre le vote de la loi Grenelle 1 et aujourd'hui. Comment en est-on arrivé là et comment enrayer la chute ?

Au cours de l'été 2007, l'annonce de la fermeture, par la SNCF, de 262 points de triage dédiés au wagon isolé faisait quelque peu désordre. Cette décision, prise sans concertation avec les collectivités territoriales, intervenait au moment de la préparation du Grenelle de l'environnement qui marquait un nouveau départ pour le transport de marchandises.
C'est dans ce cadre que le Gouvernement s'est prononcé, il y a deux ans, pour la mise en œuvre d'un engagement national pour le fret ferroviaire (ENFF) visant à assurer la pérennité du transport ferroviaire de marchandises et corriger le déséquilibre persistant en défaveur des modes de transport les plus écologiques, tout en recherchant un nouveau modèle économique qui soit équilibré. Objectif : faire progresser la part modale du non routier et du non aérien (transports ferroviaires, fluviaux et maritimes) de 14 % en 2009 à 25 % à l'échéance 2022. Il s'agit d'être en capacité d'offrir une alternative systématique à tous les camions internationaux, les « camions longues distances » et les franchissements alpins et pyrénéens. Mais les lourdes pertes de la branche Fret de la SNCF, aggravées par la crise (résultat opérationnel courant en baisse de 420 millions d'euros en 2009) n'ont pas permis d'atteindre les objectifs, renforçant les difficultés initiales de l'activité. Pour que le fret ferroviaire passe d'une part de marché de 10 % à 25 %, comme le prévoit le Grenelle de l'environnement, il faudrait qu'il augmente son activité de plus de 150 % (en faisant l'hypothèse forte que le fret, tous modes confondus, soit en croissance « zéro »).

Des coûts logistiques « prohibitifs »

Le 29 avril 2011, le nouveau patron de la branche fret, Pierre Blayau, p-dg de SNCF-Geodis[1], justifie l'abandon du wagon isolé devant le Conseil national du développement durable et du Grenelle de l'environnement (CNDDGE) en affirmant : *« Les coûts logistiques du wagon isolé sont tout simplement prohibitifs »*. L'opérateur historique préfère miser sur des axes massifiés, des autoroutes ferroviaires à grande capacité et du transport combiné rail-route .
La montée en puissance de l'Autorité de régulation des activités ferroviaires (Araf), créée par la loi du 8 décembre 2009, est également attendue pour résoudre les conflits dans l'attribution des sillons ou pour rendre certains arbitrages : persiste ainsi un désaccord (entre SNCF et RFF), comme sur l'accès aux plates-formes de transport combiné qui devrait être juste et non-discriminatoire afin de permettre à la concurrence de s'établir.

Un train peut en cacher un autre

Pour l'association objectif OFP, l'effondrement du fret ferroviaire français n'est pas inéluctable. Il résulte justement du désengagement de l'opérateur dominant du marché des envois par lots de wagons, le « wagon isolé », pourtant à forte valeur ajoutée pour les industriels. Mais *« cette appellation ferroviaire générique, plus technique que commerciale, englobe tous les envois non traités par train entier mono-client. Elle occulte la grande diversité des marchés et des opportunités que l'économie du développement durable ouvre au rail »*, observe l'association[2].
Si la SNCF estime qu'elle n'est pas en mesure de relever le défi, compte tenu des difficultés de sa branche fret, il ne faudrait pas hypothéquer les chances du wagon isolé et, surtout, de ne pas entraver l'accès au marché des opérateurs ferroviaires de proximité (OFP). C'est ce qu'a indiqué Nathalie Kosciusko-Morizet à Pierre Blayau, en forme d'avertissement : *« si nous sommes bien sur un marché concurrentiel alors tous les acteurs doivent pouvoir se positionner sur ce marché, c'est-à-dire sur l'ensemble de la chaîne logistique »*. Aujourd'hui encore, les chargeurs et les collectivités territoriales craignent la fermeture d'infrastructures avant même que des alternatives de redynamisation aient été explorées. **OC**

© ZUC HERO - FOTOLIA.COM

1- Le rachat de Géodis en 2008 par la SNCF confirme ses nouvelles ambitions dans le secteur de la logistique.
2- Contribution de l'association Objectif OFP à la table ronde « Lever les freins au développement du fret ferroviaire » présidée par Nathalie Kosciusko-Morizet le 31 mai 2011

L'effet de ciseaux

Depuis 1995, le fret a connu une croissance de 12 %, soit 0,8 % par an, une évolution inférieure à celle du PIB. Elle s'est traduite par un effet de ciseaux avec –33 % pour le transport ferroviaire et +24 % pour le mode routier. Ainsi, la part modale du transport routier est-elle passée entre 1995 et 2009 de 81 % à 88 %, pendant que celle du transport ferroviaire évoluait de 17 % à 10 %. Les trois quarts du recul du secteur ferroviaire sont imputables au transport international et de transit qui représente 30 % de cette activité.

Agir pour une ville durable

> Concilier développement économique, respect de l'environnement et progrès social est un enjeu de taille pour les collectivités ; l'adhésion de tous – agents territoriaux, acteurs locaux et administrés – est une condition impérieuse de succès.

Élus, pour vous accompagner concrètement dans la conception de vos plans d'actions, les experts Énergies Communes mettent à votre disposition une large palette de services :

Énergies Communes® GDF SUEZ, votre partenaire pour la mise en œuvre des politiques de développement durable de vos territoires.

Avec le Plan de Progrès Énergies Communes, nos experts s'engagent durablement, dans le cadre d'un **partenariat structuré autour d'un plan d'actions adapté à vos spécificités**, pour réduire les consommations énergétiques et limiter les émissions de CO_2.

Ce plan fait l'objet d'un suivi régulier permettant de communiquer et de valoriser les réalisations engagées.

Énergies Communes GDF SUEZ conçoit également des solutions d'aide à la maîtrise de l'énergie et au respect de l'environnement :

- Des **outils de diagnostic** de la performance du patrimoine bâti de votre collectivité.
- Des **outils de sensibilisation à l'éco-responsabilité** des équipes et des administrés.
- Des prestations de **mobilité durable** : conseil, fourniture de carburant, formation à l'éco-conduite.
- Des solutions **EnR** adaptées, depuis les études de préfaisabilité jusqu'à la réalisation.

Dans le cadre de la lutte contre la précarité énergétique, qui est un enjeu majeur pour tous, nos experts sont également à vos côtés, lorsque vous engagez la réhabilitation de logements sociaux, afin de vous proposer des solutions pour réduire les charges de votre patrimoine.

Pour en savoir plus :
www.energiescommunes-gdfsuez.fr

GDF SUEZ, S.A. au capital de 2 250 295 757 € - RCS Nanterre 542 107 651 – Crédits photos : © Photocenter GDF SUEZ / Interlinks Image / ROBCIS Didier - © Fotolia.com / raoulgalop – Conception : www.tempsreel.info

énergies communes
GDF SUEZ

L'énergie est notre avenir, économisons-la !

© MANIPULATEUR - FRANCK THOMASSE - FOTOLIA.COM

Santé et territoires : quel remède aux inégalités ?

Les diagnostics convergent, les remèdes divergent : place à l'expérimentation ?

Professionnels de santé, ministère, parlementaires ou élus locaux portent un diagnostic convergent sur la présence médicale dans nos territoires : le déséquilibre est patent. En terme de besoins ou d'offres de soins, les territoires comme les individus ne sont pas égaux : Jean-Marie Rolland nous le rappelle (cf. p.12), Emmanuel Vigneron, Sandrine Haas et Benoît Péricard l'illustrent (cf. p.8).
Parce qu'il s'agit de conjuguer santé humaine et territoire, le remède ne sera pas à effet immédiat et, surtout, il pose des questions de fond, d'organisation sociale et économique voire politique.

À la lisière de la liberté d'installation

Les interventions du législateur pour remédier aux déséquilibres constatés visent les pratiques des professionnels de la santé, mais aussi les patients. Elles oscillent entre incitations et obligations posées aux médecins (égratignant au passage le principe de liberté d'installation sans jamais le remettre totalement en cause), prévention et « responsabilisation financière » du malade. Tout en cherchant à préserver un système auquel la population est très attachée, le gouvernement s'est engagé à maîtriser des dépenses de santé qui pèsent sur les finances publiques. Passée de 8 % à 9,2 % du PIB entre 2000 et 2009, elles atteignent 175,7 milliards d'euros (source : Drees, comptes de la santé). Il s'en suit de profondes réorganisations qui touchent l'ensemble de la chaîne santé et des territoires : du premier soin jusqu'aux plateaux techniques sophistiqués des grands centres hospitaliers. Prescrites par les agences régionales de santé (ARS), elles ne sont pas bien comprises par les élus qui, s'ils siègent dans les instances mises en place par celles-ci, ont la sensation de découvrir a posteriori les choix opérés (cf. p.11).

Concertation, le maître mot

Pour autant, un maître mot est ancré profondément dans les esprits de tous les intervenants de notre dossier : la concertation. Les promoteurs des maisons pluridisciplinaires de santé – très portées par le gouvernement qui en fait la pierre angulaire du sauvetage des zones délaissées par la profession – les responsables des coopérations hospitalières, les organisations professionnelles militent pour une concertation étroite entre les parties prenantes. Au regard de problématiques qui, à l'instar des territoires, sont protéiformes, l'expérimentation et l'innovation vont devoir prospérer. Certaines s'engagent en pariant sur la mobilité des patients et/ou sur le regroupement des professionnels dans des conditions juridiques non stabilisées et sécurisées.
Le Plateau de Millevaches, territoire parmi les moins denses, ouvre une autre voie : celle du réseau polymorphe (cf. p.15). Une voie qui semble être celle promue par le président de la Fédération française des maisons et pôles de santé et qui a pour précepte d'inviter les professionnels à adapter leurs pratiques aux territoires (cf. p.15).
Souhaitons que les 250 contrats locaux de santé annoncés d'ici 2013 sauront soutenir, dans la souplesse, ces dynamiques locales, sans lourdeurs administratives excessives.

Christophe Bernard

TRIBUNE

L'élu, la santé, le territoire… deux ans après la loi HPST

Le risque est palpable. Deux ans après la loi Hôpital, patients, santé et territoires, qu'a-t-elle permis d'améliorer des situations d'inégalités de santé et d'accès aux soins qui apparaissent comme un enjeu majeur pour un nombre croissant d'élus ? Certains constatent que peu de progrès tangibles ont été réalisés, que la seule réalité nouvelle a été la création des agences régionales de santé sur un modèle dont les caractéristiques premières ne sont ni la fluidité, ni la réactivité.

> ***« La loi marque une prise de conscience : celle qu'une politique de territoire pourrait améliorer l'accessibilité aux soins. »***

Et pourtant, si l'on relit les débats parlementaires, l'enjeu fut clairement posé comme il fut d'abord au cœur de la réflexion de la commission Larcher dont le rapport s'ouvrait sur l'expression de cette volonté : *« Il faut cesser de subir, il faut partager le courage de changer pour un enjeu essentiel de notre société : défendre un service public de santé partagé et solidaire en faveur de nos concitoyens »*. C'est ce que la loi a repris en comportant un titre II intitulé *« Accès de tous à des soins de qualité »*.

La loi HPST crée des obligations qui pèsent plus particulièrement sur les établissements publics et privés d'intérêt collectif, mais aussi sur les établissements privés lucratifs ou les cabinets de médecins libéraux pour autant qu'ils mettent en œuvre une mission de service public. Ce sont : l'égal accès à des soins de qualité ; la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ; la prise en charge aux tarifs opposables.

La loi associe fortement ces deux groupes de mots, « accessibilité aux soins » et « territoires de santé ». C'est indubitablement la marque d'une prise de conscience : celle qu'une politique de territoire pourrait améliorer l'accessibilité aux soins.

Le mur des réalités

Si la volonté de lutter contre les inégalités de santé est juste, il n'est pas certain qu'elle soit tout à fait à la hauteur du problème, car non seulement les inégalités demeurent mais en outre elles s'aggravent.

Les inégalités territoriales de santé ont cessé de reculer en France depuis la fin des années 1990. Derrière l'amélioration du taux de mortalité prématurée en France, les écarts se creusent à l'échelle cantonale. La grande majorité (85 %) des

> ***« 85 % des cantons qui étaient en surmortalité au début des années 90 le restent dix ans plus tard. »***

cantons qui étaient en surmortalité au début des années 90 le restent dix ans plus tard, et près de 60 % d'entre eux voient même les écarts se creuser : les progrès enregistrés en matière de mortalité prématurée ne touchent donc pas tous les cantons.

On constate également une dégradation de la situation d'un grand nombre de cantons qui bénéficiaient dix ans plus tôt d'un taux de mortalité prématurée inférieure à la moyenne, soit parce que leur situation est moins favorable qu'elle ne l'était (36 %), soit parce qu'elle devient défavorable, offrant en fin de période des taux de mortalité prématurée supérieurs à la moyenne (23 %).

Trois fortes caractéristiques dominent. D'abord, le poids persistant du fait régional traduit l'influence des modes de vie et de consommation, ou celle du climat et de l'environnement. On observe également une convergence des situations des grandes villes, certainement liée à leur dynamisme démographique et économique et à l'homogénéisation relative des modes vies qu'elles abritent. Parallèlement, on constate la situation fragile des périphéries et des marges départementales, et plus généralement des différences significatives de mortalité prématurée entre les cantons proches et éloignés des villes préfectures de leur département, et *a fortiori* des capitales régionales.

Trop sectorielles, trop réglementaires

Dans le domaine de la santé, du social et du médico-social, les réponses apportées aux mutations des territoires français n'ont pas été négligeables mais elles ont été trop strictement sectorielles et réglementaires. Elles ont agi séparément sur tel ou tel segment du système. Or, parce que c'est l'acception large de la santé par l'OMS qui doit être prise en compte, et par référence au préambule de la Constitution, nous devons à nos concitoyens, non pas les mêmes soins partout, mais une offre juste de santé.

La création des ARS par la loi HPST est une première réponse par le périmètre large qu'elles embrassent. Mais l'objectif ambitieux d'accès aux soins ne sera atteint qu'à une triple condition. Il nécessite d'abord une véritable synergie entre les prérogatives de l'agence régionale et celles des élus. Ces derniers sont en effet garants de la cohérence des politiques sectorielles, dont l'intrication avec la santé est autant une évidence qu'une nécessité.

Une juste place doit également être accordée à l'action et à l'expérimentation, et non pas seulement à l'application de directives et de normes. La crainte jacobine de l'inégalité peut en effet brider les initiatives et interdire la diffusion des progrès générés par les acteurs de terrain. En corollaire de cette liberté, il faut qu'un corpus de questionnement collectif soit systématiquement utilisé. Le diagnostic commun permet la fixation d'objectifs réalistes, facilite la comparaison, et donc l'émulation.

Donner sa chance à l'intelligence de l'action concertée

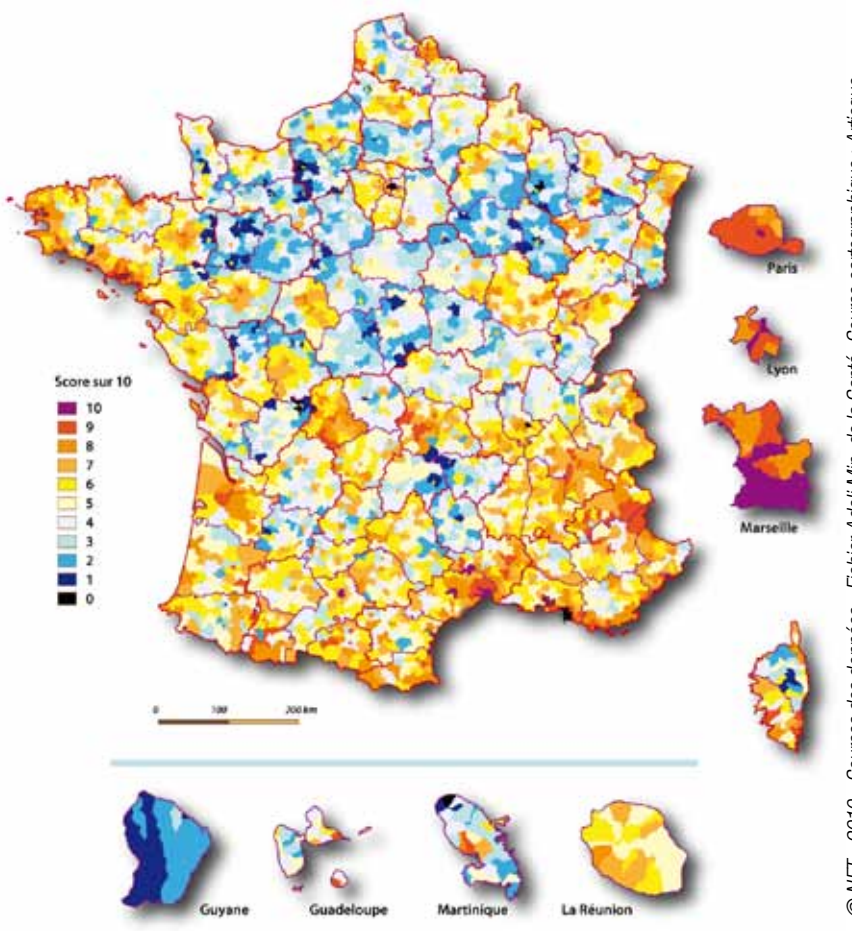
La première étape de cette démarche réside dans une observation solidement étayée, fonction aujourd'hui encore largement insuffisamment développée, ou trop parcellaire. Quels sont les services sanitaires,

> ***« Le système de santé ne peut et ne doit être uniforme ; en revanche, il doit être équitable et efficace. »***

sociaux et médico-sociaux permettant d'assurer à chacun, où qu'il se trouve, une porte d'entrée – qui ne peut pas être systématiquement hospitalière – dans le système, au bon moment, où il le faut, aux conditions d'accessibilité économique et de qualité que permet notre protection sociale ?

Les territoires sont multiples ; les élus également. Le système de santé ne peut et ne doit pas être uniforme : en revanche, il doit être équitable, et efficace ; deux termes qui ne sont pas strictement antagonistes si l'on veut

Les professions de santé dans les cantons de France
Métropoles médicales et déserts médicaux



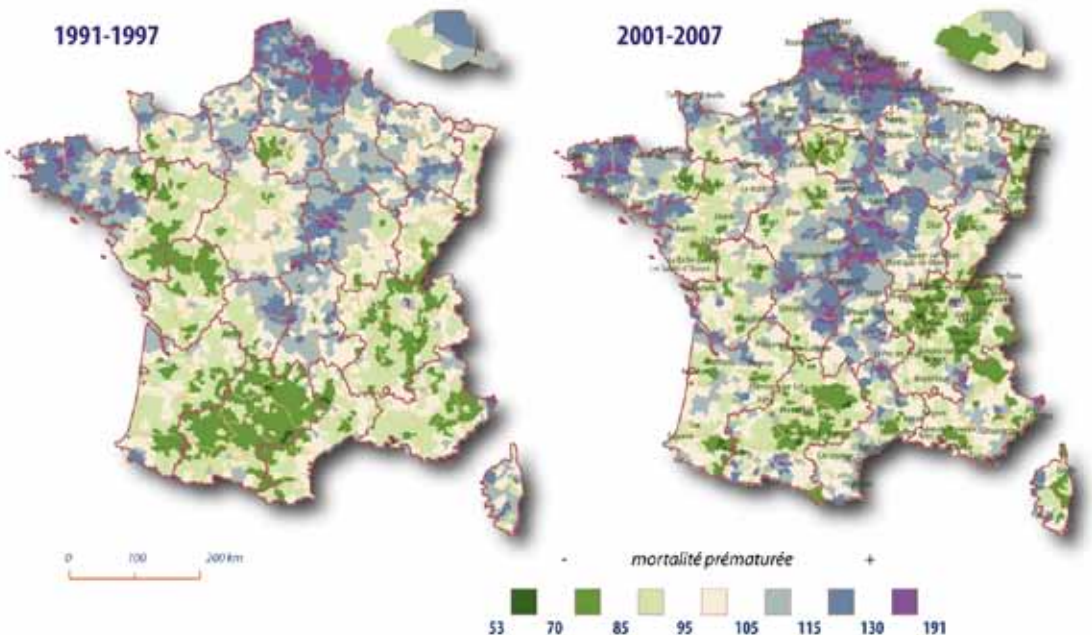
© NFT - 2010 - Sources des données - Fichier Adeli Min. de la Santé- Source cartographique : Articque

bien donner sa chance à l'intelligence de l'action concertée, fondée sur des principes intangibles (mais pas idéologiques), sur une philosophie de l'action, au service d'une santé moderne et ambitieuse.

Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire
Sandrine Haas, directrice de La Nouvelle Fabrique des Territoires
Benoît Péricard, directeur des activités santé KPMG

> Ce texte est inspiré par deux ouvrages récents :
Solidarités et Territoires. Atlas Santé Autonomie, *Sandrine Haas et Emmanuel Vigneron, ed. Le Moniteur/FEHAP, octobre 2010*
Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès, *Emmanuel Vigneron, ed. Elsevier/Masson, mai 2011*

Mortalité prématurée dans les cantons de France



Sources des données : FNORS 2010 - Calcul et mise en forme NFT 2010 © NFT 2010

L'incitation au cœur des politiques publiques

L'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales financent, depuis le milieu des années 2000, des mesures d'incitation à l'installation de professionnels dans les territoires sous dotés. Aides fiscales et financières, aides aux stages, indemnités d'études… les dispositifs doivent influencer, sans jamais remettre en cause la liberté d'installation.

Pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, les politiques publiques ont misé sur deux types de mesures : les aides financières directes versées aux professionnels de santé exerçant en zone déficitaire et, plus récemment, l'investissement dans les maisons et pôles de santé (cf. article p.14).
Les professionnels installés en zone de revitalisation rurale ou en zone franche urbaine peuvent tout d'abord bénéficier des mesures fiscales liées à ces zones. Ces mesures ne visent pas spécifiquement les professionnels de santé, mais toutes les activités économiques.
L'assurance maladie majore, quant à elle, de 20% les honoraires des professionnels installés en zones déficitaires, à condition de travailler en groupe et de s'engager à exercer pendant trois ans sur le territoire. Entre 2007 et 2011, la majoration des honoraires a coûté 19,7 millions d'euros à l'assurance maladie pour 773 bénéficiaires. Cela représente un apport net de 50 médecins, la plupart des bénéficiaires étant déjà installés dans les zones concernées lors de la mise en place de cette mesure.
Dans un contexte de diminution du nombre de médecins, cette mesure a, certes, permis de limiter l'érosion du nombre de professionnels dans les zones déficitaires, mais à quel coût !

Des stages pour faire naître des vocations

Des collectivités versent à des étudiants en faculté de médecine ou en école d'infirmier une aide pour les inciter à pratiquer leur stage dans une zone sous-dotée. Les conseils régionaux de Poitou-Charentes, Bourgogne et Haute-Normandie, le conseil général de la Sarthe, par exemple, pratiquent ce type d'aide. L'idée est que la pratique du stage permet de découvrir l'exercice d'une profession de santé en zone rurale, dans l'espoir de faire naître des vocations. Cette aide prend la forme d'une indemnité de transport et de logement.
Un autre type d'aide est l'indemnité d'études aux étudiants en profession de santé : une bourse leur est versée tout au long de leur cursus, en échange d'un engagement à exercer un certain nombre d'années dans une zone déficitaire. Nombre de dispositifs sont créés par les collectivités, notamment les conseils régionaux : Allocation Fidélité Santé pour les étudiants infirmiers en Limousin, contrat Réciprosanté pour les étudiants infirmiers, kinés et sages-femmes en Bourgogne, indemnité d'études pour les internes en médecine en Picardie…

200 CESP signés

L'État a généralisé ce dispositif en créant, dans la loi HPST, le contrat d'engagement de service public ». L'étudiant signataire d'un CESP s'engage, en contrepartie d'une allocation mensuelle, à exercer ses activités à la fin de ses études dans une zone géographique où l'offre médicale est insuffisante, pour une durée au moins égale à celle durant laquelle il a reçu cette allocation. Cette mesure connaît une montée en charge progressive mais encore incomplète : 200 contrats étaient signés en mars 2011 sur 400 proposés.
Le développement des mesures incitatives et des projets de maisons de santé pose des problèmes de redondance, voire de concurrence entre territoires pour attirer vers eux les professionnels de santé. Il importe donc, pour s'assurer de leur impact, de veiller à leur mise en cohérence et à la solidité du « projet de santé » auquel elles s'adressent.

Hervé Dagand, chargé de mission Santé à ETD

© DN - FOTOLIA.COM

Avec le contrat Réciprosanté, la région Bourgogne verse une indemnité d'études aux étudiants infirmiers, kinés et sages-femmes, en échange d'un engagement à exercer plusieurs années dans une zone déficitaire.

Un guide pour les élus

ETD a publié, en juillet 2010, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Sports et la Datar, un guide intitulé *« Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé - Quels moyens d'action ? »*, illustré de pratiques de collectivités (aides fiscales et financières, aides aux étudiants en médecine, incitation à l'accueil de professionnels de santé, maisons de santé, « pôles » et centres de santé…)

Téléchargeable gratuitement sur : www.projetdeterritoire.com

INTERVIEW

Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la Santé

© DR

« Les élus locaux sont des acteurs incontournables de la nouvelle démarche de gestion territoriale de la santé. »

Si les dispositifs incitatifs ne parviennent pas à contrer la désertification médicale, quelles mesures envisagerez-vous de prendre pour assurer une présence médicale dans les zones « sous densitaires » ?

L'égalité d'accès aux soins passe notamment par une répartition équilibrée des professionnels de santé de premier recours sur le territoire. Cependant, ce rééquilibrage démographique ne doit pas se faire au détriment du principe de la liberté d'installation des professionnels de santé libéraux. De surcroît, les politiques de rééquilibrage n'apporteront de garantie pour une installation durable des professionnels dans les zones sous-denses que si elles sont élaborées en concertation avec eux.

Le contrat d'engagement de service public constitue un outil prometteur. Son démarrage est progressif. Il a vocation à être ajusté dans ses modalités pour donner davantage de visibilité aux étudiants s'engageant dans la démarche.

La stratégie gouvernementale repose sur des outils qui trouvent leur place dans les projets régionaux de santé. Il s'agit, notamment, de l'exercice coordonné des soins, avec l'encouragement des maisons de santé pluridisciplinaires par des leviers juridiques inédits. Les agences régionales de santé développent aussi, en lien avec les partenaires conventionnels, des outils incitatifs dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins (volet « zonage »).

Les élus ont-ils pris toute leur place au sein des agences régionales de santé ?

Les élus locaux sont des acteurs incontournables de la nouvelle démarche de gestion territoriale de la santé, introduite par la loi HPST. Ils sont fortement sollicités et impliqués dans l'élaboration du projet régional de santé, en étant présents dans les différentes instances de concertation : conférence régionale de la santé et de l'autonomie, conférences de territoires, commissions spécialisées, groupes de travail...

Les ARS avancent en relation étroite avec les élus et collectivités locales sur les dossiers qu'elles portent, sur l'offre de soins et médico-sociale comme sur les politiques de prévention. Elles s'engagent aussi dans une démarche de contractualisation territoriale, autour des contrats locaux de santé (CLS).

Ces contrats ont pour objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé au plus près des lieux de vie des populations concernées. Ils associent les collectivités territoriales et les ARS autour d'un projet local commun, qui peut concerner aussi bien la prévention que l'offre de soin et le médico-social. Nous prévoyons la signature de 250 CLS d'ici 2013 sur l'ensemble du territoire national.

La loi HPST incite des coopérations entre établissements hospitaliers, permettant des redistributions de plateaux techniques et visant à mutualiser des moyens. Partagez-vous le bilan réalisé par les députés Christian Paul et Jean-Marie Rolland, qui fait état d'un démarrage timoré ?

À ce jour, huit communautés hospitalières de territoire ont été créées, comme la CHT « Oise Ouest » en Picardie, la CHT « Libourne Sainte-Foy la Grande » ou la CHT « Mont de Marsan / Dax » en Aquitaine et 26 projets sont par ailleurs recensés, dont certains près d'aboutir.

Le rythme de ce démarrage tient notamment au fait que le législateur n'a pas conféré à la CHT la personnalité morale, ni la possibilité d'aller jusqu'à la fusion des établissements membres d'une CHT. Seules les instances représentatives du personnel peuvent être communes. De ce fait, la constitution de groupements de coopération sanitaire est souvent préférée par les établissements publics de santé. En effet, cet outil permet des coopérations très abouties et ouvre surtout la possibilité de se lier avec des établissements de santé privés sans pour autant entraîner des transferts d'autorisation d'activités de soins.

La loi HPST est récente, ses décrets d'application ne sont pas tous parus. Concernant la CHT, le dernier des trois décrets d'application a été publié le 23 février 2011. Vingt-six projets sont encore en cours de réalisation. Il est prématuré de tirer un bilan ; il faut laisser aux acteurs le temps de s'approprier ce nouvel outil.

Propos recueillis par VL

© HOPITAL MONT DE MARSAN

La CHT « Mont de Marsan / Dax » en Aquitaine est l'une des huit communautés hospitalières de territoire qui ont été créées à ce jour.

680 coopérations hospitalières

La Fédération hospitalière de France (FHF) a recensé, début mai, 680 coopérations hospitalières associant au moins un établissement public, sous la forme de communauté hospitalière de territoires, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, convention de coopération, groupement de coopération sanitaire ou groupement de coopération sociale et médico-sociale. Elle propose également une « boîte à outils des coopérations » comprenant conseils et comparaison des caractéristiques juridiques et techniques de ces différentes formes de coopérations.

Parallèlement, elle a mis en place un forum de discussions à l'adresse http://forum.fhf.fr.

Par ailleurs, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux (Anap) et la Direction générale de l'offre de soins publient un guide décryptant les modalités de coopération entre établissements de santé et médico-sociaux, téléchargeable sur www.anap.fr.

Agences régionales de santé : les élus s'y retrouvent-ils ?

La création des agences régionales de santé s'est placée d'emblée sous le signe de nombreux défis : fusionner dans chaque région dix organismes du domaine médico-social, mettre en place des instances de concertation, élaborer des projets régionaux de santé consensuels d'ici fin 2011. Les élus, invités à s'engager dans l'aventure, ont-ils trouvé leur place ?

© A. MARTINEZ

L'accueil réservé aux élus dans les agences régionales de santé (ARS) pourrait accentuer leur absentéisme alors même que les débats sur les projets régionaux de santé sont loin d'être achevés voire entamés. Des premiers retours des représentants des intercommunalités siégeant dans les instances des ARS (voir encadré), il ressort en effet des constantes parmi lesquelles l'absence d'accueil spécifique des élus visant à les intégrer dans les instances et à leur permettre de s'approprier les sujets.

Jeannine Beldent, présidente de la communauté de communes du Pays Fertois, représentante à la conférence de territoire de Seine-et-Marne, comprend le désarroi de ses collègues élus qui doivent s'immerger dans le jargon et les problématiques sans aucun soutien. Pour sa part, elle se trouve *« à l'aise dans les échanges, compte tenu de trente ans de pratique professionnelle en milieu hospitalier »* mais elle avoue *« se sentir un peu seule dans les débats »*.

© DR

« En tant qu'élue, je me sens un peu seule dans les débats »

Jeannine Beldent, présidente de la communauté de communes du Pays Fertois

La solitude de l'élu

Cette *« solitude »* est relevée par plusieurs élus de l'AdCF. Daniel Nouaille, président de la communauté de communes de Val de Vienne (Limousin) l'explique notamment par le rythme effréné des réunions, imposé par l'ARS, qui génère de la désaffection côté élus. Henri Brossier, président de la communauté de la Thiérache du Centre, souligne la faiblesse de représentation des élus au milieu d'une cohorte de représentants d'organismes médicaux et para-médicaux rompus aux sujets techniques inscrits à l'ordre du jour de la conférence régionale de santé de Picardie.

Jean-Luc Guilhot, président de la communauté de communes du canton d'Aurignac (Midi-Pyrénées), estime que la participation dans les conférences de territoire est plus aisée, car les sujets sont plus en prise avec le terrain et les élus y ont davantage de poids du fait notamment des conseils généraux. Ceci étant, comme Henri Brossier, il déplore l'écart entre les échanges dans ces instances et les réorganisations qui s'opèrent sur le terrain sans qu'elles soient évoquées en conférence.

Le règne des agents

Les élus sont nombreux à témoigner du *« règne »* des agents des ARS qui présentent des décisions laissant peu de place aux délibérations des instances de concertation. Jacques Florentin, président de la communauté de Seille et Mauchère (Lorraine), résume la perception des élus interrogés : *« Le nombre de réunion est monstrueux, les élus restent très spectateurs. Ils manquent de connaissances techniques pour décrypter et les discussions n'en sont pas encore aux dynamiques territoriales. Enfin, nous avons le sentiment qu'il se dessine des stratégies au sein des ARS avant que l'on se réunisse »*. La poursuite dans cette voie pourrait accentuer l'absentéisme des élus, alors même que les débats sur les projets régionaux de santé sont loin d'être achevés.

Christophe Bernard

© ADCF

« La réorganisation des pôles de santé semble décidée hors des conférences régionales de santé par les services techniques. »

Jean-Luc Guilhot, président de la communauté de communes du canton d'Aurignac.

Des élus intercommunaux au sein des conférences des ARS

La présence des élus locaux dans la gouvernance des ARS est organisée par les décrets d'application de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires. À ce titre, l'AdCF a désigné des représentants des communautés pour siéger au sein des conférences régionales de santé et de l'autonomie (une par région) et des conférences de territoire (a minima une par département excepté en Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, et Rhône-Alpes). L'association prévoit de réunir ces élus d'ici une dizaine de mois pour un bilan de leur participation et favoriser les échanges sur les problématiques santé.

Agences régionale de santé, mode d'emploi

Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées en avril 2010 pour renforcer le pilotage stratégique de la politique de santé au niveau régional. Les 26 ARS unifient dix organismes (Drass, ARH, Urcam, Cram, MSA,...) autour de deux grandes missions : le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, ambulancier et médico-social.

De facto, elles sont l'interlocuteur unique des professionnels de santé, des établissements médico-sociaux, des associations et des collectivités locales. Dans chaque département, elles disposent d'une délégation territoriale qui appliquent les politiques régionales et sont en lien avec les acteurs locaux.

Établissements publics dotés de l'autonomie financière, les ARS sont dirigées par des directeurs généraux nommés en conseil des ministres. Elles doivent élaborer un projet régional de santé, en lien avec les acteurs régionaux intéressés, qui doit être adopté pour la fin de l'année 2011.

Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance présidé par le préfet de région et composé de représentants de l'État, de l'Assurance maladie, des collectivités territoriales, des usagers ainsi que de personnalités qualifiées.

Des instances de concertation sont également installées par l'ARS : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui apporte ses avis sur la politique régionale de la santé ; deux commissions de coordination des politiques de santé (prévention et prises en charge-accompagnement médico-sociaux) d'une part, et les Conférences de territoire qui identifient les besoins du territoire de santé et détermine les actions prioritaires pour y répondre, d'autre part. **CB**

INTERVIEW

Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne, rapporteur de la loi HPST à l'Assemblée nationale

© ASSEMBLÉE NATIONALE

> « La création des ARS, par la loi HPST, est une vraie révolution administrative. »

En quoi la loi Hôpital, patients, santé et territoires répond-elle aux grands enjeux qui se posent dans les territoires ruraux ?

Lors de la discussion, à l'Assemblée nationale, du volet « accès au soin » du projet de loi HPST, le débat a beaucoup porté sur la démographie médicale et les difficultés rencontrées en zone rurale, mais aussi en banlieue, pour l'accès à la médecine générale de premier recours et à la médecine spécialisée.

La France est le pays où il y a le plus de médecins par habitant (plus de 300 médecins pour 1 000 habitants), mais ils ne sont pas là où il faut.

À cela s'ajoute, pour le moyen et long terme, l'abandon, par les étudiants, de la voie de la médecine générale au vu de la difficulté de l'exercice (permanence des soins, honoraires moins importants), la féminisation de la profession et l'aspiration au salariat qui a gagné les nouvelles générations.

La loi contribue à la revalorisation de la médecine générale. Partant de l'idée que l'amélioration de la vie professionnelle passe par le regroupement, elle ouvre la voie à une recomposition de l'exercice de la médecine générale : un cadre légal est posé pour le développement des maisons de santé. Les agences régionales de santé se voient confier la mission d'organiser leur déploiement, en lien avec les collectivités territoriales.

La création des ARS, par la loi HPST, est une vraie révolution administrative.

> *« Si les mesures incitatives se révèlent inefficaces, les pouvoirs publics n'auront d'autres choix que d'en venir à des mesures contraignantes… qui seront encore plus difficiles à accepter par la profession. »*

Les élus locaux qui siègent dans les agences régionales de santé ne se sentent pourtant pas très accueillis…

Rappelons que l'ARS est la réunion de sept structures différentes. La première année a été consacrée à leur mise en place. Aujourd'hui, on y établit les schémas régionaux d'organisation sanitaire avec les représentants des professionnels de santé, ceux des malades et les élus locaux.

Le premier sujet est celui de la régulation de la démographie médicale. Les élus doivent s'en emparer et ne pas se laisser phagocyter par l'administration qui a tendance à n'aborder que des sujets techniques de spécialistes. Comme partout, plus c'est compliqué, plus ce sont les techniciens qui commandent !

Peu à peu, tous ces acteurs vont comprendre que la territorialisation de la santé, c'est aussi prendre en charge la prévention, les soins de premier recours, la médecine de ville, les soins hospitaliers, les établissements médico-sociaux…

Nous, parlementaires, nous voulons aller plus loin en instaurant les « Ordam » (Objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie), afin que chaque région fixe elle-même son programme pour réduire les inégalités en matière de santé, d'espérance de vie…

Vous êtes coauteur, avec Christian Paul, d'un rapport qui trace un bilan mitigé de la loi HPST, notamment concernant ses impacts sur la démographie médicale. Faut-il envisager des mesures coercitives pour lutter efficacement contre les déserts médicaux ?

Xavier Bertrand défend les mesures strictement incitatives, respectant le principe de la liberté d'installation des praticiens libéraux. Mais les mesures incitatives mises en place n'ont, jusqu'à présent, pas vraiment fonctionné.

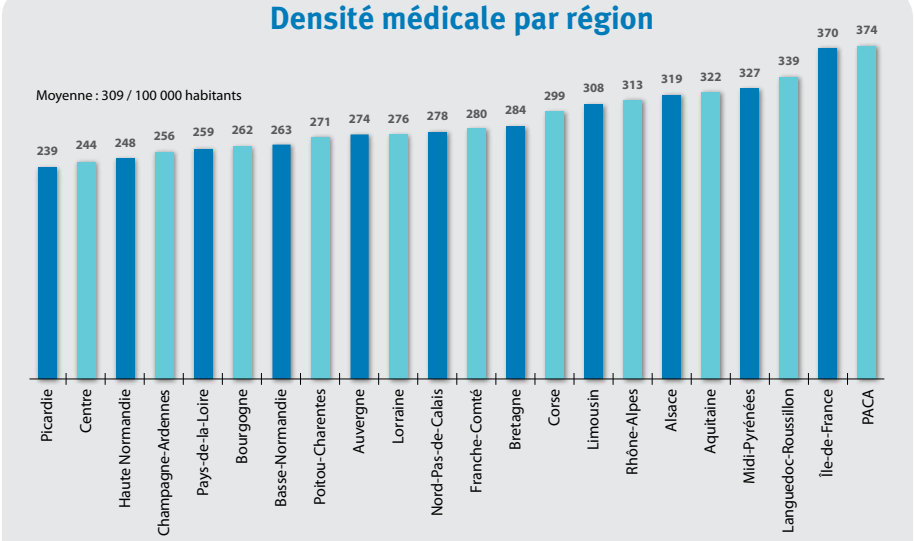
Lors de la discussion du projet de loi HPST, j'avais déjà déposé un amendement visant à instaurer le « contrat santé-solidarité ». Le principe consistait à mettre à contribution les médecins des zones très denses en offre de soins pour aider à répondre aux besoins de santé des zones moins favorisées. Trois ans après l'élaboration du schéma régional d'offre de soins, et constatant l'échec des mesures incitatives, l'ARS aurait pu imposer, par exemple, à un ophtalmo désirant s'installer : *« Vous pouvez vous installer au pied de la cathédrale ou à proximité de la faculté, mais deux fois par semaine vous pratiquerez également dans telle ou telle sous-préfecture qui ne dispose pas de spécialiste de votre discipline. »* Et si l'ophtalmo avait décidé de s'installer directement dans la sous-préfecture, il aurait bénéficié d'une incitation financière, délivrée par un fonds de contribution, abondé par les contributions obligatoires des médecins qui auraient refusé de jouer le jeu des contrats santé-solidarité.

La confédération des syndicats médicaux français (CSMF) a obtenu du gouvernement qu'il n'applique pas « l'amendement Rolland ». Mais si les mesures incitatives se révèlent inefficaces, les pouvoirs publics n'auront d'autres choix que d'en venir à des mesures contraignantes… qui seront encore plus difficiles à accepter par la profession.

Propos recueillis par Christophe Bernard et Valérie Liquet

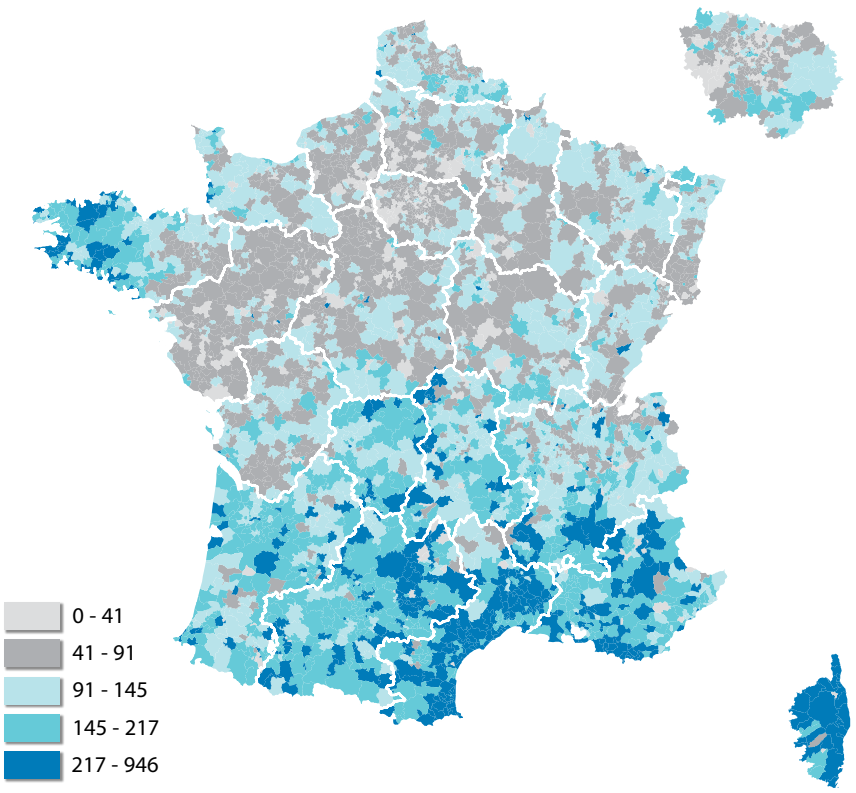
** Mise en application de la loi HPST, rapport d'information n°3265, commission des affaires sociales, Christian Paul et Jean-Marie Rolland, avril 2011.*

Densité médicale par région



Source : Conseil nationale de l'ordre des médecins, 2010

Densité d'infirmiers libéraux au 1er janvier 2009



Champ : Infirmiers libéraux, âgés de moins de 65 ans, en activité au 1er janvier 2009, France métropolitaine. Sources : Répertoire Adeli. © IGN – DREES 2011

INTERVIEW

André Rossinot, président du Grand Nancy

Quels sont, dans une agglomération comme celle de Nancy, les enjeux en matière de santé ?
Membre du réseau européen des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, le Grand Nancy est naturellement investi dans l'accès des habitants à la prévention, au dépistage et aux soins. Il s'agit là d'un enjeu majeur pour le bien-être de chacune et chacun d'entre nous au cœur de la ville durable.
Au même titre que le logement, l'éducation, l'emploi ou la culture, la santé est, en effet, l'un des piliers du développement durable. Dans cette perspective, la ville de Nancy et la communauté urbaine expérimentent un « cadre de référence pour des villes européennes durables » au sein d'un groupe de 66 villes et agglomérations, dont cinq françaises. Très impliqué dans ce réseau européen, le Grand Nancy travaille à dessiner les contours d'une politique cohérente qui prend en compte tous les aspects de la vie quotidienne, de la santé aux déplacements, en passant par la cohésion sociale et la valorisation des espaces naturels.

« Le CHU de Nancy et le CHR de Metz-Thionville viennent de franchir un pas décisif, appuyé par l'ARS, en créant la communauté hospitalière de territoire du Sillon Lorrain »

Quels sont les domaines dans lesquels les communautés urbaines peuvent agir ?
Au Grand Nancy, nous agissons au cœur de la vie quotidienne des habitants pour leur offrir un environnement favorable à la santé, notamment en favorisant les transports en commun, en fixant à un euro l'entrée des piscines pour les jeunes durant les vacances ou en rendant accessibles les bâtiments et les espaces publics aux personnes handicapées.
Cette politique se décline également sur le plan de l'éducation pour la santé et la prévention en mettant l'accent sur la nutrition, l'activité physique, le dépistage des cancers. À ce titre, la campagne « Octobre rose », initiée par la Ville de Nancy en 2002 et regroupant à présent les communes de l'agglomération, est une action emblématique pour favoriser le dépistage précoce du cancer du sein.

© GRAND NANCY

« Au même titre que le logement, l'éducation, l'emploi ou la culture, la santé est un pilier du développement durable. »

Dans la même démarche, le programme « Agissons contre l'arrêt cardiaque » a permis, en lien avec les communes, le déploiement des défibrillateurs dans les lieux publics et la formation des agents territoriaux aux gestes qui sauvent. Par ailleurs, dans le cadre de l'association Grand Nancy Defi'b, nous avons mobilisé des habitants. Objectif : intervenir à la demande du 15 pour secourir des victimes d'arrêt cardiaque dans leur quartier.

Vous avez été désigné par l'AdCF pour siéger au sein de la conférence de territoire de Meurthe-et-Moselle mise en place par l'ARS. Comment considérez-vous la réorganisation régionale de l'État en matière de santé ?
Les lignes ont énormément bougé et dans la bonne direction, celle de services à haute valeur ajoutée et de nouvelles synergies au bénéfice de tous les Lorrains.
Dans cet esprit, le CHU de Nancy et le CHR de Metz-Thionville viennent de franchir un pas décisif, appuyé par l'ARS, en créant la communauté hospitalière de territoire du Sillon Lorrain, réunissant tous les acteurs de la santé, de la recherche et de l'enseignement dans des projets partagés.
Face aux enjeux de la démographie médicale qui sont majeurs, cette CHT, qui rassemble l'équivalent de 3 726 lits et places, et 13 743 professionnels, a l'ambition de renforcer l'attractivité de l'hôpital public vis-à-vis des praticiens et de mieux fidéliser, en Lorraine, les médecins formés à la Faculté de Médecine.
Encore inimaginable il y a peu de temps, cette CHT est devenue possible d'abord grâce à la volonté politique des maires, présidents de conseils de surveillance du CHU de Nancy et du CHR de Metz-Thionville. Elle constitue un élément structurant du Sillon lorrain, ce réseau de villes et d'agglomérations qui est devenu une réalité quotidienne pour 1,2 million d'habitants, mais aussi un modèle de coopération inédite entre les villes et les agglomérations.

© GRAND NANCY

Coordonnateur de l'opération « Octobre rose », le Grand Nancy met notamment à disposition les parois de son tramway pour une campagne d'affichage sillonnant l'agglomération.

Quel rôle souhaitez-vous jouer au sein de la conférence de territoire santé ?
Guidé par l'intérêt général, je souhaite porter la parole des acteurs de santé qui constituent, par leur diversité et leur qualité, la richesse de notre territoire : des professionnels aux associations, en passant par les patients. Cette participation des forces vives en matière de santé s'inscrit bien dans les enjeux d'un territoire durable.
Mais je souhaite surtout, qu'avec l'impulsion de l'ARS de Lorraine, soient organisés les réseaux de santé, les réseaux hospitaliers avec la subsidiarité nécessaire, et ce, dans l'intérêt du patient qui doit rester au cœur de nos préoccupations.

Propos recueillis par VL

Maisons de santé : quel accompagnement de l'État ?

Pour garantir la proximité et la qualité des soins, les pouvoirs publics soutiennent la dynamique de développement des maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) à partir de plusieurs leviers : financier, juridique, incitation au partage de l'information entre professionnels, accompagnement des professionnels dans leur projet de MSP.

Sous réserve du respect d'un certain nombre de critères, les projets sélectionnés de maison de santé pluridisciplinaire (MSP) peuvent bénéficier d'aides financières spécifiques. Certaines portent sur l'ingénierie de fonctionnement, pour lesquelles un financement ponctuel peut être accordé au niveau national, *via* le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), à hauteur de 50 000 euros maximum par projet. Ce financement peut être complété par une aide octroyée, par l'agence régionale de santé (ARS) sur l'enveloppe régionale du FIQCS.
Des aides sont également liées aux dépenses d'investissement. Outre les financements spécifiques accordés par les conseils régionaux et généraux, les communes et les groupements de communes, les MSP peuvent se voir attribuer des aides de la dotation d'équipement des territoires ruraux couvrant de 25 % à 35 % du montant de l'investissement.

FNADT et fonds européens

Un financement au titre de la section générale du fonds national d'aménagement et de développement du territoire (100 000 euros par projet), ainsi que des financements sur fonds européens, peuvent apporter un complément d'aide.
À côté de ce plan de déploiement spécifique, certaines MSP en milieu rural peuvent aussi se voir accorder un financement au titre d'un contrat de projet État-Région ou encore obtenir des financements – non cumulables avec les précédents – dès lors qu'elles sont sélectionnées dans le cadre d'un pôle d'excellence rurale.
Une expérimentation portant sur de nouveaux modes de rémunération (NMR) est par ailleurs généralisée à tout le territoire. Ces NMR se présentent comme une alternative au financement à l'acte : ils ont pour objet de financer de nouveaux modes organisationnels - management, coordination… – et des formes de prises en charges innovantes – éducation thérapeutique, coopération entre professionnels, en vue d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient… Les NMR ont vocation à devenir des financements de fonctionnement pérennes.

© ACHDOU F. / URBA IMAGES SERVER

Le Sisa, un statut spécifique

Au volet financier s'ajoute le volet juridique. Aucun statut juridique existant ne permet aujourd'hui de percevoir de nouveaux modes de rémunération sans risque fiscal. Dans ces conditions, il est apparu nécessaire de créer un statut spécifique : la société interprofessionnelle d'exercice ambulatoire (Sisa). Ce statut, actuellement en cours d'examen au Parlement, a été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale dans le cadre de la proposition de loi « Fourcade » : il permettra aux maisons de santé de regrouper des professionnels aux compétences différentes et complémentaires, de percevoir des financements publics pour les redistribuer entre leurs membres, de facturer certains actes à l'assurance maladie. Tout cela dans un cadre sécurisé au niveau fiscal et social, et en bénéficiant de règles simplifiées en matière d'entrée et de sortie des professionnels de santé au sein de la structure.

Partage des informations

Troisième levier, le partage de l'information entre professionnels au sein des MSP. L'exercice coordonné ne peut être effectif que si les informations des patients qui y sont pris en charge sont réellement partagées entre professionnels de santé. L'enjeu est fort : dans cette perspective, les pouvoirs publics ont pris deux initiatives.
Tout d'abord, la création d'un cahier des charges définissant un système d'information. L'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en Santé a été missionnée pour définir un système d'information cible qui, outre les modalités de partage d'informations, devra résoudre la question de la sécurisation de ce partage, des protocoles médicaux, de la production d'indicateurs – en particulier ceux liés aux nouveaux modes de rémunération –, de la gestion des agendas et de la facturation. Ce cahier des charges devrait être adopté très prochainement.
Ensuite, l'évolution du dispositif législatif relatif à l'information médicale. Il a été proposé d'adapter la législation en vigueur afin de permettre aux professionnels de santé exerçant dans les MSP et adhérant au projet de santé de partager les informations des patients qu'ils prennent en charge, sous réserve de leur consentement exprès. Cette proposition a été adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale.

Un groupe de travail

Parallèlement un groupe de travail a été mis en place, d'une part pour examiner les conditions d'organisation du partage et de la communication des données médicales quel que soit le lieu et le mode d'exercice des professionnels de santé et, d'autre part, pour étendre la réflexion à la problématique de l'information médicale dans son ensemble au sein des structures de soins de premier recours coordonnés : responsabilité de la garde et de la confidentialité des données, durée de conservation de ces données, leur sort en cas de cessation d'activité, leur hébergement chez un tiers, leur accès par les patients…
Quatrième et dernier levier, l'accompagnement des professionnels dans leurs projets de MSP. D'ici le 1er juillet, les ARS mettront à leur disposition une « Plateforme d'appui aux professionnels de santé ». Celle-ci mobilisera les acteurs institutionnels du premier recours et coordonnera leurs activités afin, notamment, d'anticiper l'installation des futurs professionnels, de leur apporter une aide concrète à l'installation, de faire émerger et d'accompagner leurs projets (aide juridique, technique, financière…), de suivre le développement des professionnels et de leurs projets.

Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins (DGOS, ministère de la Santé)

Les communautés, maîtres d'œuvre… mais pas toutes seules !

Les communautés sont généralement les maîtres d'œuvres des projets immobiliers de maisons de santé, conscientes du manque d'attractivité de leur territoire et/ou de la nécessité d'offrir des conditions d'exercice de la profession plus attractives. La nouvelle génération a en effet tendance à se détourner de l'exercice libéral et à ne plus investir dans un cabinet. Ils recherchent davantage la collégialité de l'exercice en groupe et la souplesse dans l'organisation du temps de travail qu'il permet.
Aux manettes, les communautés bénéficient, dans certains cas, d'aides financières des conseils généraux et conseils régionaux. Les crédits de l'État sont également mis à contribution, dans le cadre du plan national d'équipement en maisons de santé, lancé à l'été 2010, qui vise la création de 250 maisons de santé sur trois ans (cf. article ci-contre).
Certaines font appel à un cabinet de conseil. Si cet accompagnement peut être utile à certaines étapes de la démarche, il importe, dans le choix du prestataire, de privilégier l'importance donnée à la solidité du « projet de santé » élaboré par les professionnels plutôt qu'au projet immobilier. Certains cabinets ont acquis une expérience dans l'accompagnement de projets territoriaux de santé et interviennent sur les projets de maisons de santé, parmi lesquels Gres Médiation Santé ou Icones SAS.
La Mutualité sociale agricole (MSA) propose également une aide aux professionnels de santé et, le cas échéant, aux collectivités qui portent ces projets. Son intervention consiste en une aide méthodologique en amont des projets sur deux points : le diagnostic territorial afin de définir les besoins de la population et le « projet de santé » qui lie les professionnels. **HD**

Plateau de Millevaches : un réseau de santé pour répondre à la dispersion des habitants

Plutôt que d'agir en ordre dispersé en créant, ça et là, des maisons de santé difficiles à doter en médecin, les acteurs locaux du Plateau de Millevaches ont opté pour une mise en réseau des professionnels de santé appuyée par les établissements hospitaliers situés aux pourtours du Plateau. Un projet labellisé Pôle d'excellence rural le 11 avril dernier.

Avec 32000 habitants, 113 communes, 10 habitants au km², 35 médecins généralistes, dont 16 devraient prendre leur retraite à l'horizon 2019, le Plateau de Millevaches situé aux confins de la région Limousin, se devait de réagir pour préparer l'avenir. Le lancement, en 2007, d'un appel à projets « Maisons de santé pluridisciplinaire » (MSP) par la région Limousin, a été le détonateur d'une démarche collective mêlant professionnels de santé, dirigeants d'établissements médico-sociaux et élus locaux.

Devant la pléthore de candidatures issues de la montagne limousine, la Région a décidé de ne pas procéder à une sélection de MSP et a demandé au Parc naturel régional du Plateau de Millevaches de lancer une étude pour élaborer la meilleure réponse aux défis de santé posés à ce territoire. Un diagnostic fin, croisant les évolutions démographiques, les besoins de santé et des projections sur la présence médicale, a permis de proposer cinq scénarios visant à garantir les soins de premiers recours pour les 20 ans à venir.

Le projet retenu est porté par les élus et professionnels de santé réunis au sein de l'Association de développement du réseau de soins primaires de la montagne limousine (ADRES), présidée par Daniel Buchon, médecin généraliste à Bugeat.

© BONNEFOND PNR MILLEVACHES

La communauté de communes du Plateau de Gentioux a acheté un bâtiment pour aménager quatre cabinets (médecins, kiné, infirmières, spécialistes itinérants) et deux logements à l'étage. Les travaux ont été financés par le contrat de Parc.

Maillé et coordonné

Le scénario choisi est celui d'un plateau de Millevaches *« maillé et coordonné par un réseau de santé territorialisé »*. Concrètement, il s'agit de conserver les lieux de soins existants – cabinets de groupe ou individuel – d'en favoriser de nouveaux (cabinets secondaires, maisons de santé par exemple) et de les coordonner en lien avec des établissements de santé présents à la périphérie (Ussel, Aubusson, Bourganeuf).

Cette option, retenue pour sa *« plasticité »*, permet d'anticiper les départs (prévus) de professionnels de santé et d'intégrer des arrivées (à susciter). Elle valorise les initiatives prises par les professionnels eux-mêmes en favorisant les échanges par le biais d'un réseau informatique de partage des données sur les patients si ces derniers l'acceptent.

La mise en réseau favorisera les remplacements entre médecins et les pratiques à temps partiels. Les besoins de santé seront servis par la communauté professionnelle, soutenue par les établissements hospitaliers (télémédecine, télé-expertise).

Rejoindre un réseau

Cette organisation répond aux aspirations des jeunes médecins réticents à pratiquer en libéral isolé. Pour le Docteur Buchon, président de l'association promotrice du projet, *« nous avons la capacité d'intégrer de nouveaux praticiens exerçant sous diverses formes (temps partiel, partagé,...) en leur proposant non pas de rejoindre un lieu pour exercer, mais un réseau permettant ainsi de répondre à la dispersion de la population par une dispersion des moyens, dont le réseau sera le ciment. »*

Cerise sur le gâteau, les médecins se mettent en situation d'accueillir en stage des étudiants des professions de santé qu'ils souhaitent impliquer dans des projets innovants (recherche en soin primaire, téléformation, par exemple) pour leur donner goût à la pratique en milieu rural. L'opération est chiffrée à 1,9 million d'euros pour l'investissement dans cinq structures de regroupement et le réseau informatique. **Christophe Bernard**

INTERVIEW

Docteur Pierre de Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé

En quoi le partenariat élus/professionnels est indispensable pour créer une maison de santé ?

Dans notre pays, depuis un siècle, la santé est basée sur le type libéral. Un élément essentiel est à prendre en compte : la liberté d'installation.

Les élus locaux peuvent être coincés entre leurs mandants qui expriment leur difficulté d'accès aux soins alors qu'ils n'ont pas la main sur l'offre de soins : ils ne peuvent pas forcer un professionnel de la santé à s'installer.

Les professionnels de la santé sont-ils ouverts à ce partenariat ?

Dans les projets de maisons de santé, tous les cas de figure existent : des professionnels qui se regroupent spontanément, d'autres qui sont demandeurs que les élus territoriaux organisent l'offre de soins… Mais des élus qui s'engagent sans les professionnels, sans tenir compte de l'offre existante dans des secteurs voisins, cela va au clash !

Pour éviter la maison de santé vide, toutes les questions doivent être posées sur la table. Il y a parfois besoin de médiation pour dépasser les différences culturelles, les différences de langage et de vocabulaire, une méfiance ancienne, de vieux clichés qui demeurent de part et d'autre… Nous, fédération, nous pouvons jouer ce rôle de médiation et de sensibilisation.

Quels rôles peuvent jouer les communautés en matière de financement d'une maison de santé ?

Les professionnels de santé souhaitent, en général, être propriétaires pour rester maître chez eux. Mais certains préfèrent investir dans leur vie privée. Tout dépend des désirs de chacun…

La question du financement n'est pas la condition première de réussite d'une maison de santé. Là où ça marche, c'est là où les gens se parlent (il n'y a pas deux infirmières qui ont les mêmes besoins).

Les politiques publiques parviendront-elles, selon vous, à supprimer les déserts médicaux ?

On finira par répondre à la demande (car l'État et les élus locaux s'en pré-

« La question du financement n'est pas la condition première de réussite d'une maison de santé. Là où ça marche, c'est là où les gens se parlent »

© DR

occupent), mais je ne sais pas selon quel modèle.
La profession ne souhaite pas remettre en cause la liberté d'entreprenariat, mais est-ce que ce sera possible ? Les infirmières, les médecins, les kinés ont-ils pris conscience qu'ils devaient se réorganiser pour répondre à une mission de santé publique sur les territoires ? Lorsqu'un nouvel habitant s'installe dans une bourgade et que le seul médecin généraliste présent lui refuse un rendez-vous sous prétexte qu'il *« ne prend plus de nouveaux patients »*, ce médecin n'a pas compris qu'il devait passer d'une relation individuelle à une préoccupation plus large, territoriale.
Si dans cinq ans la profession n'a pas pris la mesure des enjeux et n'est pas capable d'assumer ce que lui demande la nation, il faudra développer un autre système de soins.

Pourquoi les élus ne sont pas accueillis dans les ARS ?
Quand les ARS ont été mises en place, dans beaucoup de régions, les représentants des soins de premier recours ont été écartés. Les médecins hospitaliers ont pris la main dans la plupart des comités. De par leur formation universitaire et l'exercice de leur métier, cette élite débat plus volontiers de l'achat d'un nouveau scanner que du problème de diabète dans la minorité ethnique maghrébine ou d'un programme santé qui viserait à réduire les risques cardiovasculaires sur un territoire.
Mais la période n'a jamais été aussi propice pour faire bouger les choses…

La féminisation de la profession joue-t-elle un rôle dans les nouvelles aspirations ?
C'est une réflexion machiste que je conteste. Il y a 25 ans, quand un jeune sortait de l'école de médecine, il recherchait en priorité et dans l'ordre : la notoriété, la rémunération, puis l'endroit. Aujourd'hui, qu'ils soient hommes ou femmes, les jeunes professionnels recherchent du temps libre, puis la rémunération. Ce n'est pas un jugement de valeur, c'est la réalité.

Propos recueillis par VL

Des professionnels aux manettes

Confrontées à la diminution annoncée du nombre de professionnels de santé, les collectivités locales s'engagent, avec plus ou moins de succès, dans la création d'équipement, comme les maisons de santé, capable d'offrir des soins de proximité à leurs habitants. La communauté de communes du Pays de Limours s'est engagé dans la réflexion avec l'Union régionale des professionnels de santé d'Île-de-France.

© ICETEAIMAGES - FOTOLIA.COM

Engagée dans une démarche visant à réagir à la baisse de la démographie médicale sur son territoire, la communauté de communes du Pays de Limours a croisé en chemin, par l'entremise de jeunes médecins, l'Union régionale des professionnels de santé d'Île-de-France (URPS) avec qui elle engage un travail de diagnostic partagé de l'offre de soins à l'échelle intercommunale.
Premier objectif, recenser les professionnels de santé en activité, leurs départs et installations dans les dix années passées, leurs âges, leurs modalités d'exercice, puis rapprocher ces données des parcours patients et de leurs recours aux soins. Cette première étape réalisée par l'URPS, en partenariat avec l'Agence régionale de santé, et partagée avec les élus de l'intercommunalité, s'achève. Elle sera complétée par des entretiens avec les acteurs de santé locaux, pour établir une série de recommandations, que l'URPS présentera lors d'une réunion plénière entre professionnels de santé et élus locaux.
Les débats s'annoncent riches. Le territoire de 25000 habitants est composé de villes qui, historiquement, n'ont jamais eu de professionnels de santé ; d'autres qui verront leurs derniers médecins partir prochainement à la retraite, quand les mieux dotées, telles Briis-sous-Forges, Forges-les-Bains et Limours, disposent d'une offre qui se délite doucement, principalement en médecine générale.
Rappelons que ce territoire bénéficie du centre hospitalier de Bligny, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD. Il est bordé de communes disposant, elles-mêmes, d'une offre pouvant satisfaire des résidants de l'intercommunalité, notamment pour les soins spécialisés ou le dentaire.

Le regroupement, solution d'avenir ?

Sur le territoire, tout le monde s'accorde à penser que le regroupement des professionnels de santé est une solution d'avenir et que les collectivités ont intérêt à soutenir cette démarche, voire à investir dans un équipement répondant à cet objectif. La question de son dimensionnement et de son positionnement se pose ensuite. Pour être économiquement solide et répondre aux contraintes de continuité des soins, la maison de santé ne peut se limiter à un regroupement de trois à quatre médecins. D'emblée, elle mérite d'être conçue comme une offre pluridisciplinaire (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) et avoir une taille suffisante pour satisfaire aux aspirations des jeunes professionnels de santé qui recherchent un exercice collectif, capable de mutualiser les charges administratives.
Pour son implantation, naturellement, chaque mairie anticipe avec regret le départ des professionnels de santé de son ressort et fait œuvre d'inventivité pour justifier la création d'un équipement à dimension humaine, proche des populations, ne créant pas d'éloignement. Le schéma de cohérence territoriale opte pour la création de petits équipements à coordonner sur le plan intercommunal.
Logique territoriale, logique professionnelle, que pensent les patients de tout cela ? La distance n'est pas leur principale préoccupation, ils recherchent avant tout la disponibilité, la continuité des soins et, bien sûr, la qualité des prises en charge. Les quelques kilomètres de plus à parcourir ne constituent pas un frein pour les plus mobiles. Reste à imaginer le transport de ceux qui le sont moins.
Nous voilà donc au cœur du sujet : aménagement du territoire et offre de soins.

Alexandre Grenier, directeur du service des études de l'URPS Île-de-France.

© SOULABAILLE Y / URBA IMAGES

À Limours, l'offre de santé se délite, principalement en médecine générale.

Les villes et la question alimentaire

© "CAROTTE ENTIERS", DESIGN STEPHANE BUREAUX, PHOTO. L. SEMINEL

La question agricole et alimentaire est aujourd'hui à l'agenda politique d'un nombre croissant d'agglomérations. Ce phénomène nous renvoie à une histoire enfouie, la question alimentaire ayant constitué, pendant longtemps, une préoccupation « sécuritaire » des villes, autant qu'elle a révélé leur rôle dans l'organisation des échanges ou dans la diffusion des styles alimentaires. Les initiatives contemporaines les plus emblématiques témoignent d'un changement d'optique.

La question alimentaire des villes est aujourd'hui une question mondialisée. Non seulement parce qu'elle diffuse simultanément, à partir de foyers situés à différents endroits du globe, mais également parce qu'elle trouve d'emblée un écho dans des villes millionnaires du nord comme du sud (Londres, Toronto, Montréal, Rome, Belo Horizonte, Dar es Salam,…). Elle s'inscrit dans une réflexion territoriale qui articule les enjeux locaux immédiats, les questions de niveau régional, et les questions de niveau global.

Ensuite, les vulnérabilités urbaines et les réponses à leur apporter sont abordées de manière systémique. L'alimentation des villes ne se réduit pas à la seule – et importante – protection des terres agricoles périurbaines. L'enjeu politique est global : il s'agit autant d'une politique de santé publique (lutter contre la progression des maladies d'origine alimentaire dans le Grand Londres), d'ancrage territorial des productions alimentaires, de justice sociale (comme à Belo Horizonte, dans la réduction de la malnutrition et la lutte contre les déserts alimentaires), d'action écologique à travers la préservation d'une trame verte urbaine et la recherche d'une moindre empreinte écologique des systèmes alimentaires, ou de sécurisation quantitative de certains approvisionnements.

Innovations sociales et techniques

Enfin, les politiques alimentaires font preuve, autant qu'on puisse l'observer, d'innovations manifestes en matière sociale et technique. La question alimentaire fait bouger les références en termes de gouvernance. Des collectifs citoyens viennent en appui de l'acteur public à des fins d'orientation, comme le *food policy council* de Toronto, quand il ne s'agit pas d'instances politiques créées à cet effet, comme le *London food board*, commission alimentaire spécialisée des élus du Grand Londres.

Les villes se voient intervenir comme acteurs économiques, à travers la spécification de clauses dans les marchés de l'alimentation collective (À Rome, 67 % de la nourriture servie dans les cantines est issue de l'agriculture biologique, 26 % est d'origine locale et 2 % provient d'entreprises sociales). Mais elles suscitent aussi des formes d'organisation coopératives nouvelles. Ce foisonnement d'initiatives reste cependant aujourd'hui à instrumenter. La compréhension des systèmes alimentaires urbains reste partielle, les innovations sont souvent peu diffusées. Nous sommes confrontés à un réel enjeu d'ingénierie territoriale. À cet effet, et notamment avec le soutien de l'AdCF, un travail de repérage des actions et problèmes rencontrés sur ces sujets par les intercommunalités sera engagé.

Vincent Piveteau, chargé de mission INRA, chercheur UMR 5600 environnement, ville, société et **Marketa Supkova**, UrbanfoodLab

*> Les lecteurs d'*Intercommunalités *peuvent faire part de leurs expériences à : Vincent.Piveteau@paris.inra.fr et marketa.supkova@gmail.com.*

Brive : des marchés traditionnels à l'intervention foncière agricole

Brive, en Corrèze, est le lieu d'une importante tradition de commerce des produits agricoles. S'appuyant sur les marchés de détail et les traditionnelles foires aux bestiaux, la municipalité est soucieuse de conserver et de renouveler le lien entre la ville et l'agriculture qui l'entoure. À partir des années 1970, les marchés de détail de la ville ont accueilli les « foires grasses » d'hiver et le Festival de l'élevage en été, manifestations à la fois professionnelles, commerciales et touristiques qui mettent en valeur l'héritage agricole de la Corrèze et ses spécificités (palmipèdes gras, élevage bovin de grande qualité génétique). Des chartes de qualité ont été développée autour des « foires grasses », en collaboration avec la chambre d'Agriculture de Corrèze, et ont contribué au développement d'une agriculture de qualité.

Au tournant du siècle, la ville a introduit dans sa restauration scolaire (3 000 repas quotidiens en 2010) des produits de qualité : viande bovine limousine, viande de porc label « montagne », fruits et légumes « bio » locaux.

Face à une organisation de l'agriculture par filières, l'Agglo de Brive a souhaité développer sa compétence agricole sur un mode territorial : diagnostic du foncier agricole, pour sécuriser le foncier de qualité et installer de jeunes agriculteurs et étude de faisabilité d'un agropôle, pépinière d'entreprises pour la transformation des produits locaux à destination de la restauration collective.

© VINCENT RODDE

Pauline Marty, chargée de mission agriculture et alimentation durables à la ville de Brive

Les territoires face au risque inondation : la résilience n'est pas secondaire

© MARINE NATIONALE/C. HERVE/HANNING/REA / DRAGUIGNAN (JUIN 2010)

La transposition dans le droit français de la directive 2007/60 pour l'évaluation et la gestion des inondations invite à identifier, d'ici à juin 2012, les « territoires à risque important » sur lesquels les collectivités devront établir, d'ici à fin 2015, des « stratégies de gestion du risque d'inondation ». Plus généralement, *« quel territoire voulons-nous léguer aux générations à venir, qui connaîtra un jour une inondation et devra s'en relever rapidement ? »*, interrogent les membres du CEPRI.

Une obligation communale, une responsabilité partagée

Si les opérations de secours sont du ressort du maire, les communautés peuvent accompagner et coordonner l'élaboration des plans de sauvegarde de leurs communes membres. Elles peuvent surtout anticiper la catastrophe dans les documents qu'elles élaborent (PLH, Agenda 21, Scot…) et planifier une gestion de crise destinée à rétablir au plus vite la bonne marche du territoire (services techniques de l'eau, des déchets, des transports en commun…) et la continuité de l'activité de ses agents.

La loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile oblige les 10 546 communes soumises par les préfectures à des plans d'exposition au risque à élaborer un plan communal de sauvegarde (PCS), dispositif qui organise la mobilisation en cas de catastrophe. Elle offre également la possibilité aux communautés de mettre en place un plan intercommunal de sauvegarde (Pics). Depuis l'été dernier, la loi Grenelle 2 précise que ces plans doivent être compatibles avec les Scot et les schémas de secteur.

« Il n'existe pas de seuil au delà duquel le plan intercommunal de sauvegarde devient pertinent. Dès lors qu'un EPCI dispose de moyens susceptibles d'être mobilisés en temps de crise, il est important d'anticiper leur affectation en réalisant un Pics », précise Christophe Carol, de la sous-direction de la gestion des risques (ministère de l'Intérieur).

La direction des opérations de secours étant une compétence réservée aux maires et aux préfets (parce qu'ils disposent du pouvoir de police générale), *« le Pics doit être focalisé sur les conditions de mobilisation de moyens supplémentaires au bénéfice des communes, dans une logique de mutualisation de moyens intercommunaux, alors que le PCS organise, en plus, le commandement par le maire »*, souligne le représentant du ministère, avant d'ajouter *« le rôle essentiel des intercommunalités consiste aujourd'hui à accompagner l'élaboration des PCS »*.

Selon les derniers chiffres transmis par les préfets, il y avait, en novembre 2010, environ 3 000 PCS arrêtés pour les communes soumises à obligation, et 2 400 en cours d'élaboration, soit près de 50 % PCS pour les communes assujetties. Le ministère de l'Intérieur ne dispose pas de statistiques concernant les communautés.

Limiter l'interruption de la vie locale

Pour autant, les compétences et les services des communautés sont concernés. Les services techniques le sont au premier chef, pour les infrastructures qu'ils gèrent : eau potable, assainissement, transports en commun, énergie, communication, espaces verts, déchets… *« Dans une optique d'anticipation, ils peuvent adapter les infrastructures pour réduire les dommages, préparer la gestion de crise avec l'élaboration d'un plan de fonctionnement en mode dégradé »*, explique Nicolas-Gérard Camphuis, directeur du centre européen de prévention des risques d'inondation (Cepri). À l'issue de l'inondation, ils doivent remettre rapidement les équipements en état de fonctionnement, pour limiter les conséquences de l'interruption sur la vie locale. Le service déchets doit également intégrer la gestion des déchets post-catastrophes dans ses pratiques.

Le service des ressources humaines doit pouvoir planifier la continuité d'activité. Quant à la communication, elle participe à préserver l'image du territoire dans les trois périodes qu'il peut traverser : la pré-crise, la crise et la post-crise.

Il revient aux services habitat et social d'identifier au préalable les personnes fragiles, mais aussi de prévoir un volet inondation dans les OPAH et les opérations Anru, d'anticiper l'accompagnement post-crise par un plan de continuité de l'activité. *« En innovant, on peut concevoir des bâtiments aussi peu dommageables que possible. Idem pour tous les réseaux, si on prend l'inondation comme une donnée de base dès la conception »*, observe Nicolas-Gérard Camphuis.

Enfin, les démarches stratégiques comme l'Agenda 21, le plan climat-énergie territorial ou le Scot doivent intégrer la réduction des conséquences dommageables des inondations. **VL**

Un coût vite insupportable

Le montant des dommages directs et indirects peut vite devenir insupportable pour une collectivité victime d'une inondation. Selon le Cepri, ils représentent *« plusieurs centaines de millions d'euros, voire 1 à 2 milliards si on intègre toutes les conséquences indirectes hors de la zone inondable et tient compte d'effets évidents sur le moyen terme, comme l'atteinte à l'image de marque, les conséquences d'une reconstruction qui peut durer plusieurs années ou l'interruption de certains réseaux propageant les effets de l'inondation »*.

Rapporté à la vie d'une ville, la somme cumulée des dommages peut dépasser la dizaine de milliards d'euros, soit un dommage « moyen » de l'ordre de 10 à 200 millions d'euros par an, estime le Cepri.

TRIBUNE

Éric Doligé, président du CEPRI, sénateur et président du conseil général du Loiret

« Anticiper, c'est vital ! S'adapter, c'est capital ! »

L'inondation est, pour nos villes et leurs intercommunalités, un risque socio-économique majeur, face auquel nous devons organiser nos services et adapter notre territoire. Mais sommes-nous réellement conscients de ce qui nous attend en matière d'inondation généralisée ? Nos villes sont tout juste protégées contre les crues « centennales » (les crues qui ont chaque année une probabilité de 1/100 de se produire c'est-à-dire deux « chances » sur trois sur une durée de 80 ans !). Londres, Bonn, Hambourg, Francfort et d'autres villes européennes se mettent à l'abri des effets des crues deux à cinq fois plus rares, et même dix fois plus rares pour Amsterdam ou Rotterdam. Comment une ville inondée se révèlera « durable », robuste, résiliente ? Ne faut-il pas l'anticiper avant que cela survienne ?

Est-ce que notre compétitivité et notre attractivité ne sont pas en jeu si nos villes sont cinq fois plus exposées que d'autres, donc plus vulnérables?

Les Anglais à la suite des inondations dramatiques de 2000 et de 2007, les Néerlandais à la suite de la catastrophe de 1953 et de la crue de 1999, les Allemands à la suite des crues de 2002 et 2006, mais aussi les Tchèques et les Roumains, tous ces pays ont mis en place des stratégies nationales de prévention des inondations autrement plus ambitieuses que notre politique actuelle. Nombre de leurs villes ont décidé de se mobiliser par elles-mêmes, pour être capables de faire face.

Le risque d'une vie économique perturbée

L'inondation n'est pas seulement un risque environnemental, mais un risque social et économique ! C'est bien la vie de nos populations et la vie de nos entreprises qui est en jeu. C'est bien la capacité à faire face des entreprises et des services publics, qu'ils soient en zone inondable ou non, qui sera mise à mal par une inondation. La prévention des inondations doit remettre la vie sociale et le développement économique des territoires au cœur de nos objectifs et de nos décisions d'aménagement.

Le risque est réel de voir la vie économique très perturbée : dans nos sociétés fonctionnant en flux tendu et très dépendantes du bon fonctionnement des réseaux publics, l'inondation est un perturbateur majeur et insidieux. La crue de l'été 2007 en Angleterre a ainsi immobilisé le pays pendant plusieurs semaines et mis les pouvoirs publics dans une situation difficile. Le rapport de retour d'expériences que Sir Michael Pitt a remis au Gouvernement est très explicite. Avec 55 000 biens touchés, 7 000 personnes secourues, une seule station d'eau potable qui n'a pas pu fournir d'eau potable pendant 17 jours à 350 000 personnes, un seul poste haute tension qui n'a pu alimenter 45 000 personnes pendant 24 heures et 10 000 personnes prises au piège sur une autoroute coupée, le pays a vécu l'évènement de gestion de crise et d'interruption de service le plus grave pour une période de paix, depuis la deuxième guerre mondiale.

L'enjeu pour nos territoires est un retour rapide à la vie normale et un redémarrage compétitif de l'économie dans les meilleurs délais : remettre en service des dizaines d'équipements publics, des réseaux, en plus des milliers de logements et des centaines d'entreprises qui seront touchées dans nos villes, représente un enjeu de taille qui demande une organisation à la hauteur, et une certaine anticipation.

Pour un aménagement résilient

Les catastrophes démontrent bien la fragilité de notre urbanisation, lorsqu'ils ne prennent pas assez en compte la présence d'un fleuve et de ses débordements, ou de la mer, ou qu'ils s'en croient protégés par des systèmes de protection sophistiqués. Pourtant on préfère ne pas changer de modèle d'urbanisation comme si le risque n'existait pas vraiment ou comme si on pourrait toujours parvenir à se remettre d'une inondation généralisée.

Le rôle des réseaux publics et des infrastructures est primordial car ce sont eux qui peuvent propager les conséquences de la crue au-delà de la seule zone d'inondation. En interrompant les circulations, en coupant l'alimentation en eau, en énergie, en arrêtant la collecte et l'acheminement des eaux usées et des déchets, on aggrave la situation : population et activités en dehors de la seule zone inondable sont impactées, même souvent à des grandes distances.

Nombre de nos concitoyens et de nos décideurs politiques ne voient dans l'inondation qu'un débordement de cours d'eau et confient leur gestion aux services en charge des cours d'eau. Or, les conséquences qu'ont dû gérer des territoires entiers sur l'Elbe ou le Danube en 2002, ou encore la Nouvelle-Orléans en 2005 et l'ensemble du Royaume-Uni en 2007 montre une réalité tout autre : une fois les logements, les entreprises et les réseaux endommagés en grande quantité, l'enjeu est de redémarrer le plus vite possible. Ce sont les services économie et aménagement du territoire des collectivités plus que ceux de l'environnement qui seront interpellés pour le redémarrage.

« L'enjeu pour nos territoires est un retour rapide à la vie normale et un redémarrage compétitif de l'économie. »

Relever le défi de l'anticipation, de l'adaptation et de l'aménagement « robuste », résilient donc durable, demande d'anticiper les conséquences dommageables des inondations afin de ne pas transformer un drame en une catastrophe. Face à une inondation par définition inéluctable, nos villes doivent s'organiser sans tout attendre de l'Etat. C'est à cet effet que j'ai créé le CEPRI, Centre européen de prévention du risque d'inondation, avec pour devise : anticiper, c'est vital ! S'adapter, c'est capital !

Le Cepri, un pôle de compétences

Association créée en 2006, le centre européen de prévention des risques d'inondation (Cepri) regroupe des collectivités territoriales soucieuses d'anticiper les dommages et adapter leur territoire, pour *« être mieux capables de redémarrer rapidement après une inondation »*.

Constitué en pôle de compétences, le Cepri offre une information ciblée, accompagne des pratiques innovantes et des projets pilotes, relaie les intérêts des collectivités auprès des instances nationales et européennes. Il a publié, en mai dernier, un guide à destination des élus locaux intitulé *Bâtir un plan de continuité d'un service public*.

> www.cepri.net

INTERVIEW

Olivier Audibert-Troin, président de la communauté d'agglomération de Draguignan

Comment se relève l'économie de la Dracénie, un an après les inondations ?

Si l'on m'avait dit, au lendemain du 16 juin 2010, au petit matin, que nous retrouverions nos couleurs, je ne l'aurais pas cru. C'était un chaos invraisemblable : 1 125 entreprises totalement sinistrées, 2 000 salariés au chômage partiel. Sous l'égide de l'État, tout le monde s'y est mis : agglo, communes, conseil général… Nous avons installé, dès le 16 juin au matin, un guichet unique où les chefs d'entreprises étaient accueillis immédiatement pour être accompagnés dans leurs démarches. Nous avons ouvert dans l'urgence, à une quinzaine d'entreprises, un bâtiment d'activités qui n'était pas encore livré, dans la Zac Chabran. Nos pépinières d'entreprises ont également accueilli des entreprises sinistrées, dans des locaux vacants en travaux.

Une fois l'urgence passée, nous avons essayé de jouer le rôle de facilitateur. Nous avons renforcé le service économique par recrutement et dégagement d'agents en interne pour réaliser le suivi individuel des entreprises sinistrées. Des conseillers ont rendu régulièrement visite aux chefs d'entreprises pour recueillir leurs besoins, leurs problèmes avec les banques et les assureurs, leurs fournisseurs…

Aujourd'hui, 98 % des entreprises sinistrées ont redémarré leur activité. Mais nous avons conscience que leur trésorerie demeure fragilisée. Nous poursuivons des réunions régulières avec le préfet : le travail de l'État et de la communauté n'est pas terminé.

© COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DRACÉNOISE

« Aujourd'hui, 98 % des entreprises sinistrées ont redémarré leur activité. Mais nous avons conscience que leur trésorerie demeure fragilisée. »

Aviez-vous anticipé la crise liée à l'inondation ou avez-vous réagi dans l'urgence ?

Nous sommes sortis de notre rôle d'institution de projet en nous positionnant en centre de ressources et nous avons du gérer la situation dans l'urgence. Une cellule de crise a été mise en place au sein de l'agglomération qui téléphonait tous les matins et tous les soirs aux communes pour connaître l'état de leurs besoins et ce qu'elles pouvaient mettre à disposition : des camions, des tronçonneuses, des pelleteuses, des bras (les forces armées de la garnison de Draguignan ont, de ce point de vue, joué un rôle essentiel)… Nous recensions, puis nous organisions la répartition.

Grâce au PLH, nous avions une centaine de logements neufs disponibles qui ont servi au relogement des victimes. Nous n'avons pas eu besoin de mettre en place un village temporaire de mobil homes.

Par ailleurs, pour permettre à nos concitoyens de continuer de se déplacer dans l'agglomération, alors que nombre d'entre eux avaient perdu leurs véhicules et que les routes étaient gravement endommagées, nous avons proposé la gratuité des transports en commun pendant trois mois.

Quel est le coût pour la communauté et pensez-vous pouvoir le surmonter ?

Grâce à la bonne santé financière de la communauté, nous avons été capables d'absorber le choc financier évalué à 8,5 millions d'euros de dommages, dont 1,8 million d'euros assurables et 2,5 millions d'euros d'autofinancement. Pour le reste, la solidarité de l'État et celle du conseil général se sont exprimées.

L'État a versé, aux entreprises sinistrées, 4,716 millions d'euros destinés au redémarrage de leurs activités (10 000 euros maximum par entreprise), au titre du Fisac intempéries. Lors de sa visite dans le Var, le 19 mai, le président de la République a annoncé une rallonge de 13 millions d'euros sur l'exercice 2011, à destination des collectivités et des structures de gestion des cours d'eau du département. En avril dernier, Bruxelles nous a déclaré non éligible au fonds de solidarité de l'Union européenne (FSUE), malgré un ultime déplacement du préfet. Cette décision a été confirmée, ce qui est pour nous une grosse déception.

Quel a été le coût d'évacuation des ordures ménagères ?

Il a représenté, à lui seul, 4,5 millions d'euros (non indemnisables). On a enlevé en deux mois ce qu'on enlève d'habitude en deux ans et demi ! Cela a eu des conséquences sur la gestion du personnel, qui travaillait nuit et jour, avec des règles de circulation très strictes, pour vider les appartements, les maisons, les rues encombrées… Car tout devait être enlevé immédiatement : les véhicules empilés, les bus, les meubles et les équipements ménagers que les gens mettent au milieu des rues… Il faut, d'une part, rétablir la circulation, et, d'autres part, éliminer au plus vite les déchets périssables (comme les stocks alimentaires des supermarchés…) pour prévenir des éventuelles épidémies.

Comment cette catastrophe a-t-elle modifié les projets d'avenir de la Dracénie ?

Nous avons suspendu les travaux du Scot qui devait initialement être approuvé à la fin de l'année 2011, car le préfet a décidé que chaque commune devait désormais être dotée d'un plan de prévention du risque inondation (PPRI). Jusque-là, seules Draguignan et Trans-en-provence en avaient un. Nous sommes donc contraints d'attendre que l'État ait arrêté les PPRI pour connaître les « zones inconstructibles ».

Nous mettons cette année supplémentaire à profit pour réfléchir à l'aménagement du territoire que nous désirons : il devra accompagner la poussée démographique de 2 % par an enregistrée pour le territoire et encourager le développement économique avec de nouvelles zones d'activités, tout en respectant les PPRI, les zones naturelles exceptionnelles (Natura 2 000, communes en zone Montagne), les terres agricoles, et l'identité rurale qui fait la personnalité de notre territoire et son attrait touristique.

Propos recueillis par VL

Parc éolien de Lestrade-et-Thouels | Aveyron :
• 11 000 équivalents habitants alimentés en électricité verte¹
• 7 700 tonnes de CO_2 évitées chaque année²
« On veut tous de l'électricité verte mais on ne veut rien voir dépasser ! »
« Le parc éolien est le plus gros investissement dans la région depuis l'installation des barrages hydroélectriques après la guerre.
Dès le début, on a impliqué les habitants. On a proposé l'investissement citoyen mais la population a hésité à se lancer. Preuve que c'est un argument des opposants qui ne tient pas la route.
Aujourd'hui, il y a des gens contre tout alors que ceux qui habitent au pied de nos éoliennes en sont fiers et sont prêts à témoigner que tout va bien. »
Bernard Castanier,
maire de Lestrade-et-Thouels | Aveyron.
Si vous souhaitez développer un projet éolien ou solaire photovoltaïque, l'équipe de juwi EnR est à votre disposition pour un diagnostic complet de votre territoire et un accompagnement de A à Z.
juwi EnR a déjà installé plus de 100 MW en France dont 74 MW éoliens et 28 MW photovoltaïques.
Le groupe juwi compte plus de 15 ans d'expérience dans les énergies renouvelables et figure parmi les leaders du secteur en Europe.
En savoir plus :
www.juwi.fr • Tél. 02 31 87 83 77
juwi

Mutualisation des services : enfin la sérénité ?

Alors qu'une véritable épée de Damoclès pesait encore récemment sur le bloc communes-communauté en matière de mutualisation des services, les dernières avancées de la loi de réforme territoriale et la publication, en mai dernier, du décret encadrant les modalités de remboursement de frais, permettent d'envisager l'avenir avec plus de sérénité. Un feuilleton à rebondissements.

On se souvient que le 27 juin 2007, la Commission européenne avait officiellement adressé à la République française un avis motivé sur son système juridique de mutualisation de services, estimant que celui-ci méconnaissait le droit communautaire. Par ce courrier, elle lui enjoignait de prendre les mesures nécessaires dans un délai de deux mois afin de rendre conforme sa législation au droit européen de la concurrence[1]. Cet avis motivé ne concernait que la mutualisation ascendante, c'est-à-dire la mise à disposition des services communaux à leur communauté, autorisée par la loi du 13 août 2004.
Fidèle à sa doctrine, demeurée constante depuis la publication de la loi Libertés et Responsabilités locales, le gouvernement français avait refusé d'accéder aux injonctions européennes. La France a en effet toujours considéré que ces pratiques de mutualisation au sein de la sphère intercommunale relevaient d'une modalité d'organisation interne à son administration locale qui n'entravait pas, par nature, les règles de libre concurrence au sein du marché intérieur.

Entre deux eaux

À la suite de ce désaccord, la commission n'a pourtant jamais saisi la CJUE (à l'époque CJCE[2]), seule autorité en mesure de condamner un État membre pour manquement de sa législation aux obligations du droit communautaire. Le dossier demeurait donc au milieu du gué.
Cette situation d'« entre deux eaux » provoquait, chez les acteurs de la mutualisation, un sentiment légitime d'incertitude sur le plan juridique, alors même que les incitations au rapprochement des services communaux et intercommunaux se multipliaient au plan national[3]. Dans le même temps, le juge communautaire n'a cessé de développer une jurisprudence particulièrement protectrice des intérêts locaux.
Suite à l'arrêt *Asemfo* de 2007[4], qui élargit considérablement le champ du « in house » en considérant que le contrôle sur le cocontractant peut être partagé entre plusieurs entités, la jurisprudence *Coditel Brabant* en 2008[5] vise quant à elle, pour la première fois, la coopération intercommunale, de manière explicite.
Ce sera finalement à la décision *Commission c/ Allemagne* de 2009[6] qu'il reviendra de consolider cet édifice jurisprudentiel en reconnaissant que, par nature, certaines relations contractuelles entre pouvoirs adjudicateurs échappent au droit de la concurrence, et cela sans le truchement du « in house », dès lors que ces dernières ont pour objet des missions de service public.
Malgré ces évolutions jurisprudentielles considérables, le classement de la procédure d'infraction à l'égard de la France par la Commission n'intervenait toujours pas. Interrogée en 2010 sur ses intentions par Estelle Grelier, député européen et vice présidente de l'AdCF, la commission avait réservé sa réponse au vote final de la loi de réforme territoriale, tout en actant de l'évolution récente de la jurisprudence de la CJUE[7].

Un encadrement précisé par la loi RCT

C'est donc dans le contexte particulier d'une divergence de vues entre autorités européennes d'une part, et nationales et communautaires, d'autre part, que la loi du 16 décembre 2010 portant réforme des collectivités territoriales (RCT) est intervenue. À la suite des discussions menées avec la Commission européenne, le droit interne a été revu et son contenu clarifié afin d'encadrer de manière plus précise les conditions dans lesquelles une commune peut être amenée à mettre, par convention, des services à disposition de l'établissement public de coopération intercommunale dont elle est membre.
La nouvelle rédaction de ces dispositions a pour objet de donner toutes garanties que ces conventions de mise à disposition interviennent exclusivement dans le cadre des transferts de compétence et n'empiètent pas sur le champ concurrentiel. Pour y parvenir, le texte prévoit que la mise à disposition par les communes de leurs services ne peut désormais être effectuée que lorsque ces communes ont dû conserver, en tout ou partie, ces services, pourtant concernés par le transfert, notamment à raison du caractère partiel de ce dernier et dans le cadre d'une bonne organisation des services.
Ces modifications législatives, aujourd'hui complétées par des dispositions réglementaires, établissent clairement que les conventions de mise à disposition de services ne concernent pas la réalisation de prestations réalisées à titre onéreux, et définissent un mode d'organisation administrative dans lequel les coûts engendrés par la mise à disposition donnent lieu exclusivement à des remboursements de frais de fonctionnement.

Un décret très attendu

Le remboursement des frais occasionnés lors des partages de services s'effectue désormais sur la base d'un coût unitaire de fonctionnement multiplié par le nombre d'unités de fonctionnement, conformément au récent décret n° 2011-515 du 10 mai 2011.
Le décret prévoit que ce coût unitaire comprend les charges liées au fonctionnement du service et en particulier les charges de personnel, les fournitures, le coût de renouvellement des biens et les contrats de services rattachés, à l'exclusion de toute autre dépense non strictement liée au fonctionnement du service. La notion d'unité de fonctionnement, quant à elle, est une notion comptable permettant de facturer la prise en charge du fonctionnement d'un service par une entité bénéficiaire à son utilisation réelle du service mis à disposition. L'unité de fonctionnement peut donc être constituée par un service d'une commune ou d'une communauté, ou par un seul agent.
Sur le fond, le décret ne devrait donc pas modifier substantiellement les pratiques en matière de mutualisation de services. En effet, nombre de conventions opèrent déjà des remboursements intégrant les critères visés par le décret. Par ailleurs, l'actualisation prévue des modifications de conditions de l'activité permet de lever toute inquiétude sur un éventuel gel des remboursements au détriment de l'autorité porteuse du service mis à disposition. En prévoyant que ces remboursements obéissent désormais aux normes réglementaires, il devrait être admis qu'ils sont a priori exclus des règles du marché intérieur. C'est en tout cas, l'objectif visé.

Emmanuel Duru,
Responsable du service juridique à l'AdCF

© SGCIV - EPIDE

1. Directives 2004/17/CE et 2004/18/CE.
2. Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), anciennement Cour de justice des Communautés européennes (CJCE).
3. Rapport Richard, « Solidarité et performance : les enjeux de la maîtrise des dépenses publiques locales » *de 2006 ; Rapport Warsmann sur* "Une clarification de l'organisation et des compétences des collectivités territoriales" *de 2008 et, plus récemment, rapport Détraigne et Mézard* « Un nouvel atout pour les collectivités locales : la mutualisation des moyens » *de 2010.*
4. CJCE, 19 avril 2007, affaire C-295/05, Asemfo.
5. CJCE, 13 novembre 2008, aff. C-324/07, Coditel Brabant.
6. CJCE, 9 juin 2009, Commission c/ Allemagne, *aff. C-480/06.*
7. P-Réponse 3119/10FR. 3/6/2010.

8e journée des présidents d'agglos : À la recherche d'une nouvelle gouvernance urbaine

Plus de 200 présidents, vice-présidents et cadres dirigeants d'agglomération ont débattu, le 24 mai, de la « nouvelle gouvernance urbaine » en présence de Philippe Richert, ministre en charge des Collectivités locales, et Maurice Leroy, ministre de la Ville et du Grand Paris. Une journée des présidents organisée, cette année, en liaison avec plusieurs associations nationales d'élus (ACUF, AMGVF, FMVM, GART).

Les armes et armures du Grand salon de l'Hôtel national des Invalides sont restées, le 24 mai, accrochées aux murs. Les débats organisés dans le cadre de la 8e journée des présidents d'agglomération ont réuni, il est vrai, des élus en accord sur *« l'objectif ultime : la cohésion sociale sur nos territoires, lien et liant transversal qui donne du sens à nos politiques sectorielles »*, comme l'a résumé Daniel Delaveau, président de l'AdCF. Un pied de nez à ce *« lieu marqué par le centralisme »* s'est amusé Charles-Éric Lemaignen, président de la communauté d'agglomération Orléans Val de Loire, en allusion aux portraits de Louis XIV et Napoléon III qui ornaient les lieux .

Concilier croissance et exigences environnementales

Réduction des consommations foncières et extension urbaine, mobilités durables, diminution des émissions de gaz à effet de serre, efficacité énergétique, reconquête de la qualité de l'eau, réduction des volumes de déchets et valorisation… les enjeux de ce début du 21e siècle renvoient à une conception moderne du développement des agglomérations qu'il reste à inventer, conciliant attractivité économique et exigences environnementales. Sur le principe, les représentants des grandes associations d'élus* ont rappelé leur attachement à la démarche de *« redensification »* des agglomérations par des politiques volontaristes et de report modal des déplacements en direction des transports collectifs. *« Mais est-ce que les élus ont la force politique de porter ce discours auprès de la population ? Non ! »*, s'est interrogé Dominique Braye, président de la communauté de Mantes-en-Yvelines.

Lors de la table ronde consacrée à la refondation de la contractualisation et des politiques de cohésion urbaine, les présidents d'agglomération ont demandé que soit mise à profit la période d'expérimentation ouverte par Maurice Leroy pour tendre vers de nouveaux contrats d'agglomération, d'une forme plus globale, intégrant toutes les dimensions de la cohésion sociale urbaine : habitat, mobilités, économie et emploi, précarité énergétique, rénovation urbaine… *« Quand va-t-on sortir de l'idée qu'un territoire se découpe en rondelles : rondelle Cucs, rondelle Anru, rondelle lutte contre la précarité énergétique… »*, a soupiré Marc Baïetto, président de Grenoble Alpes Métropole, après avoir pointé la dérive *« notariale »* des contrats signés séparément avec les différentes agences nationales (Acsé, Anru, Anah,…) et sans référence à des démarches de projet.

Message reçu par le ministre de la Ville, puisqu'il a invité les présidents d'agglomération à lui faire des propositions en faveur d'une nouvelle forme de contractualisation globale.

Nicolas Portier et Valérie Liquet

** Dominique Braye, secrétaire national de l'AdCF, Gérard Collomb, président l'Acuf, Michel Destot, président de l'AMGVF et Roland Ries, président du Gart.*

« Je ne conçois pas de politique de la ville sans les communautés d'agglomération. »

Maurice Leroy, ministre de la Ville et du Grand Paris

« Notre contractualisation avec l'Anru n'a pas été que notariale. Le projet a été mutualisé à l'échelle de l'agglo et articulé avec celui du tramway. »

Valérie Létard, sénatrice, présidente de Valenciennes Métropole

« Nous avons besoin d'un PNRU 2 comprenant une gestion plus intégrée qu'aujourd'hui et à l'échelle de l'intercommunalité. »

Thierry Repentin, sénateur, président de l'USH, vice-président de Chambéry Métropole

« Les schémas doivent être coproduits avec les élus pour dégager le maximum de solutions consensuelles. Ce qui n'interdit pas d'être ambitieux. »

Philippe Richert, ministre en charge des Collectivités locales

« Il faut avancer le plus possible dès ce mandat pour disposer d'une carte cohérente lors des élections municipales de 2014. »

Daniel Delaveau, président de l'AdCF, président de Rennes Métropole

« La loi ne prévoit pas que la carte intercommunale soit fixée ad vitam aeternam. »

Jacqueline Gourault, sénatrice, présidente de la mission intercommunalité de l'AMF, vice-présidente de Blois Agglopolys

Remodelage de la carte : les précisions de Philippe Richert

Un tiers de communautés en moins - Confirmant les estimations de l'AdCF, Philippe Richert a indiqué que les propositions des préfets, si elles étaient retenues, conduiraient à un taux de réduction du nombre de communautés d'environ un tiers (32 %) à travers les fusions préconisées.

Plafonnement de la taille de l'assemblée communautaire - Interpellé par Jacqueline Gourault et Charles-Éric Lemaignen sur le caractère « désincitatif » de l'application immédiate du plafonnement de la taille de l'assemblée communautaire et du nombre de vice-présidents en cas de fusion de communautés, le ministre en charge des Collectivités locales s'est dit favorable à un ajustement législatif. Un amendement permettant de ne faire entrer en vigueur les nouvelles règles qu'à l'échéance des renouvellements pourrait donc être déposé, avec son aval, dans le cadre de l'examen du projet de loi n°61 sur l'élection des conseillers territoriaux qui devrait démarrer au Sénat à l'automne.

Seuil démographique du scrutin de liste - Philippe Richert a précisé que le gouvernement s'en remettrait à la sagesse du Parlement quant au seuil démographique à partir duquel les communes seront régies par un scrutin de liste. Si le projet de loi fixe ce seuil à 500 habitants, le ministre a évoqué la probabilité de le voir redressé à 1 500 ou 1 000 habitants.

Communautés à cheval sur deux départements - Philippe Richert a indiqué que si deux SDCI persistaient à proposer des périmètres différents, son ministère jouerait le rôle de « l'arbitre ».

Vie de l'AdCF

SDCI, premier bilan

Le conseil d'administration de l'AdCF du 12 mai a dressé un premier bilan de la concertation engagée par les préfets devant les CDCI à l'occasion de la présentation officielle des projets de SDCI. À partir des 75 premiers documents analysés par l'équipe technique de l'AdCF, il a pris acte de l'ambition donnée à l'exercice dans de nombreux départements, tout en soulignant la diversité des situations locales. Selon les projections de l'AdCF, le taux de réduction des syndicats qui résulterait de l'application des projets préfectoraux serait de l'ordre de 35 à 40 % (certaines suppressions ou fusions n'étant que suggérées).

© ADCF

Les nombreux projets de fusions de communautés proposés par les SDCI conduiraient, en moyenne nationale, à un taux de réduction d'environ 35 % du nombre de communautés, avec des « doctrines » départementales très différentes, entre propension à la stabilité des périmètres existants et recomposition volontariste dans d'autres.

« Si les préfets proposent, il faudra que les élus disposent », ont rappelé en substance les membres du conseil d'administration.

Une note analytique des différents projets de SDCI présentés par les préfets sera proposée aux adhérents courant juin, en préparation de la rencontre nationale consacrée à ce sujet le 22 juin.

Pour des agglos pilotes de la politique de la ville

Lors de sa rencontre avec Maurice Leroy, le 16 mai, dans le cadre de la phase d'expérimentation qui s'ouvre des futurs Cucs et de préparation du PNRU 2, Daniel Delaveau a proposé qu'une démarche expérimentale puisse être conduite, avec des agglomérations pilotes, pour dessiner une nouvelle forme de contrats de cohésion urbaine à échéance des contrats en cours.

Ces contrats pourraient notamment intégrer les enjeux de solidarité fiscale et financière, de déploiement des transports collectifs en vue du désenclavement des quartiers défavorisés, de revitalisation économique des quartiers, de préservation/rénovation de la trame commerciale de proximité, de politique de l'habitat (renforcement de la cohérence entre programme Anru, délégations des aides à la pierre, programme national de rénovation des quartiers anciens dégradés (PNRQAD), dans le cadre des PLH) et d'action foncière.

Contact : Damien Denizot, d.denizot@adcf.asso.fr

Bienvenues

57 communautés ont rejoint l'association depuis le mois de janvier, issues de 18 régions différentes et représentant un total de plus de 790 000 habitants. Le seuil des 1 200 adhérents sera franchi à l'été 2011.

Transfert et charge

Une réunion de travail à la direction générale des collectivités locales (DGCL), le 11 mai, associant l'AdCF, l'AMF et la Direction de la législation fiscale, a abordé les problèmes d'ajustement de la réforme fiscale, notamment ceux soulevés par des modifications de périmètres intercommunaux intervenues l'an passé. En effet, pour les communautés en extension de périmètre, en création, ou ayant opté pour le régime fiscal de la fiscalité professionnelle unifiée (FPU), au 1er janvier 2011, en l'état des textes, la contribution éventuelle au FNGIR reste à la charge des communes alors que la fiscalité nouvelle est bien transférée au niveau intercommunal. À ce jour 640 collectivités, communes ou communautés sont concernées à des degrés divers.

Les corrections seront proposées, à l'initiative de la DGCL, dans la loi de finances rectificative.

Contact : Claire Delpech, c.delpech@adcf.asso.fr

En partenariat avec Alternatives économiques...

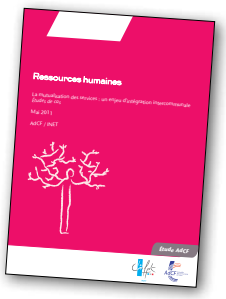
Le mensuel *Alternatives économiques* publie, en partenariat avec l'AdCF et la Caisse des dépôts, un hors série sur la « France et ses territoires ». Directement inspirée de l'étude de Laurent Davezies, « La crise et nos territoires : premiers impacts », éditée en octobre 2010 dans la collection « Les Notes territoriales de l'AdCF », cette publication propose 33 monographies de bassins d'emploi.

En kiosque du 27 mai au 22 juillet 2011 et sur commande à : *Alternatives Economiques* 12 rue du Cap-Vert, 21800 Quetigny ou sur www.alternatives-economiques.fr .

Agenda

22 juin à Paris : journée nationale de débat, organisée par l'AdCF et Mairie-Conseils, sur les projets de SDCI présentés par les préfets.

28 juin à Paris : colloque sur la mutualisation de services, avec la présentation de l'étude AdCF/Inet publiée en mai 2011 (cf. aussi notre dossier « Quand la mutualisation fertilise le projet de territoire », dossier d'*Intercommunalités* 156, mai 2011).



29 juin au 1er juillet à Lille : 1ères assises nationales du foncier sur le thème « Ressource foncière, ambitions territoriales », organisées par l'Association des études foncières (Adef), avec le concours de plusieurs partenaires dont l'AdCF.

Le programme sur : www.assisesnationalesdufoncier.com

5 juillet, à Paris : réunion consacrée aux pôles métropolitains et au lancement d'un réseau d'animation national, en liaison avec l'Acuf, l'AMF, l'AMGVF, et la FMVM.

12, 13 et 14 octobre, à Rennes, 22e Convention nationale de l'intercommunalité.

30 novembre, à Paris : Rencontres de l'intercommunalité et de l'environnement, sur les politiques de déchets à la suite du Grenelle (contribution des éco-organismes, mise en place de la tarification incitative, valorisation…).

interco mmunalités

Édité par l'AdCF
191, rue Saint-Honoré - 75001 Paris
Tél. : 01 55 04 89 00 - Fax : 01 55 04 89 01

Directeur de la publication : Daniel Delaveau
Rédaction, tél. : 01 55 04 89 09
Rédactrice en chef :
Valérie Liquet (v.liquet@adcf.asso.fr)

Déléguée agence :
Bettina Gillet (interco@intercommunalites.com)
Réalisation, mise en page et secrétariat de rédaction : epiceum
Correctrice : Angéline Blard

Ont collaboré à ce numéro : Christophe Bernard, Olivier Crépin, Hervé Dagand, Claire Delpech, Emmanuel Duru, Sandrine Haas, Valérie Liquet, Pauline Marty, Benoît Péricard, Vincent Piveteau, Nicolas Portier, Emmanuel Vigneron.

Abonnements : Intercommunalités
Service abonnements - Abopress - 19, rue de l'Industrie - 67400 - Illkirch - Tél. : 03 88 66 26 19 - Mail : intercommunalites@abopress.fr

Régie publicitaire : AdCF
Secrétaire général : Christophe Bernard - c.bernard@adcf.asso.fr
Tél. : 01 55 04 89 00 - Fax : 01 55 04 89 01

Commission paritaire n° 0514 G 85995 - Dépôt légal : Juin 2011
Impression : SICOP, 67800 Bischheim - ISSN 1253-5230

interco mmunalités

à découper et à retourner à ABO *Intercommunalités*
19, rue de l'Industrie
BP 90053 - 67402 Illkirch cedex
Tél. : 03 88 66 26 19 – Mail : intercommunalites@abopress.fr

AdCF

Abonnement

☐ **Abonnement 1 an (11 numéros)** 1 x 50 € = ... €
☐ **Abonnement supplémentaire** ..... x 25 € = ... €
☐ **Abonnement étudiant** ..... x 25 € = ... €
(Joindre la copie de la carte d'étudiant)

Total = ... €

Nom, prénom : .....
Qualité : .....
Collectivité : .....
Code postal : ..... **Ville :** .....

Paiement par :

☐ Chèque bancaire ou postal joint à l'ordre de l'AdCF
☐ Mandat administratif
☐ Je désire recevoir une facture administrative

Date : ..... / ..... / ..... **Cachet et signature**

Jean-Pierre Bouquet veut faire du
développement durable une réalité.
Nous travaillons ensemble
pour l'inscrire au **cœur** de sa ville.

Jean-Pierre Bouquet est maire de Vitry-le-François.
L'accompagnement d'EDF Collectivités a permis à Jean-Pierre Bouquet de faire bénéficier sa ville d'un diagnostic énergétique sur-mesure. Il a ainsi pu prendre les bonnes décisions pour rendre les bâtiments publics plus performants et plus économes en énergie.

Pour en savoir plus, contactez votre **interlocuteur dédié**
ou rendez-vous sur **edfcollectivites.fr**

L'énergie est notre avenir, économisons-la !

EDF collectivités

EDF SA au capital de 924 433 331 € – 552 081 317 RCS PARIS – Siège social : 22-30, avenue de Wagram 75008 Paris – Photo : Geoffroy de Boismenu – EURO RSCG C&O